



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

NACRT

Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL)

Standardni protokol 3.0

2011.

NACRT – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

Zasluge

EMCDDA

Linda Montanari, Bruno Guarita, André Noor, Lucas Wiessing, Filomena Gomes, Dagmar Hedrich, Alessandro Pirona, Roland Simon, Julian Vicente.

Spoljni saradnici

Michael Donmall, Velika Britanija
David Best, Velika Britanija
Colin Taylor, Velika Britanija

Stručnjaci za PPL koji su doprineli razvoju ovog protokola, uz učešće u radnim grupama u 2008, 2009. i 2010. koji se odnosi na reviziju PPL protokola.

Elena Alvarez, Španija
Sharon Arpa, Malta
Martin Busch, Austrija
Erik Iversen, Norveška
Johann Kerschbaum, Austrija
Suzi Lyons, Irska
Etienne Maffii, Švajcarska
Viktor Mravcik, Republika Češka
Lubomir Okrulica, Slovačka
Anton W. Ouwehand, Holandija
Christophe Palle, Francuska
Tim Pfeiffer, Nemačka
Janusz Sieroslowski, Poljska
Marcis Trapencieris, Letonija
Momtchil Vassilev, Bugarska

Stručnjaci za PPL po zemljama (sastanak PPL stručnjaka iz 2010)

(Trebalo da se proveriti, od strane nacionalnih stručnjaka i nacionalnih kontrolnih tačaka i da se potvrdi da li su učestvovali i na sastanku PPL stručnjaka u 2008. i 2009.)

Johan Van Bussel, Belgija	Aurora Lefter, Rumunija
Momtchil Vassilev, Bugaria	Ana Maria Teodorescu, Rumunija
Vlastimil Necas, Republika Češka	Lubomir Okrulica, Slovačka
Bela Studnickova, Republika Češka	Romana Stokelj, Slovenija
Claudia Ranneries, Danska	Tuulima Väänänen, Finska
Tim Pfeiffer, Nemačka	Roger Holmberg, Švedska
Ingo Kipke, Nemačka	Bert Green, Švedska
Elena Alvarez, Španija	Michael Donmall, Velika Britanija
Kaire Vals, Estonija	Grethe Lauritzen, Norveška
Delphine Bellerose, Irska	Dragica Katalinić, Hrvatska
Anastasios Fotiou, Grčka	Mehmet Akgun, Turska
Christophe Palle, Francuska	
Tanja Bastianic, Francuska	
Bruno Genetti, Italija	
Ioanna Yasemi, Kipar	
Marcis Trapencieris, Letonija	
Ernestas Jasaitis, Litvanija	
Sofia Lopes Costa, Luksemburg	
Anna Peterfi, Mađarska	
Tamas Koós, Mađarska	
Roberta Gellel, Malta	
Christine Marchand-Agius, Malta	
Martin Busch, Austrija	
Anton W. Ouwehand, Holandija	
Wil Kuijpers, Holandija	
Janusz Sieroslowski, Poljska	
Marta Struzik, Poljska	
JosPadua, Portugal	

Skraćenice

IJZ	Indeks jačine zavisnosti
MAKKN (<i>CICAD</i>)	Međuamerička komisija za kontrolu narkomanije
SPD	Smrti povezane sa drogom
ZBPD	Zarazne bolesti povezane sa drogom
DSPMP - IV	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, četvrto izdanje
EMCDDA (<i>EMCDDA</i>)	Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droge
GBL	Gama-butirolakton
GHB	Gama-hidroksibuterna kiselina
HCl	Hidrohlorid
HCV	Hepatitis C virus
HIV	Virus humane imunodeficijencije
MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija
IKD	Korisnici droga koje se injektiraju iglom
MSKO	Međunarodni standard klasifikacije obrazovanja
MDMA	Metilendioksimetamfetamin
NKT	Nacionalne kontrolne tačke, institucije i nacionalne službe koje čine Reitox mrežu
OST	Tretman supstitutima opijata
PKD	Problematični korisnik droge
PG	Pompidu grupa Saveta Evrope
Reitox	Evropski informacioni centar za borbu protiv droge i narkomanije
SMZIBZ (<i>SAMHSA</i>)	Služba za mentalno zdravlje i bolesti zavisnosti
PPL (<i>TDI</i>)	Pokazatelj potrebe za lečenjem
UNKDK (<i>UNODC</i>)	Kancelarija Ujedinjenih nacija za drogu i kriminal
SZO (<i>WTO</i>)	Svetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

PREDGOVOR.....	3
1. UVOD.....	4
1.1 ISTORIJA.....	4
1.2 CILJ, SVRHA I METODOLOŠKE IMPLIKACIJE.....	4
Zašto PPL: šta je njegov cilj?.....	4
Za šta se prikupljaju informacije: šta je svrha toga?.....	5
Kako se PPL cilj postiže.....	5
Sa kojim dodatnim izazovima se PPL suočava u poslednjih nekoliko godina?.....	6
1.3 PPL PRIMENA.....	6
1.4 OPŠTI PRINCIPI PPL PROTOKOLA 3.0.....	7
(a) Monitoring u odnosu na istraživanje/ad-hoc studije.....	7
(b) Hijerarhija potrebnih podataka: od kliničkih podataka do informacija značajnih za Evropsku politiku.....	7
(c) Izveštavanje o podacima u odnosu na prikupljanje podataka.....	8
(d) Pojedinci u odnosu na period lečenja.....	8
(e) Učestalost lečenja u odnosu na rasprostranjenost lečenja.....	9
(f) Promene u odredbama i učešće ranijih podataka.....	9
2. SMERNICE.....	10
2.1 ODREDBE.....	10
2.1.1 Definisane slučaja.....	10
2.1.2 Lečenje od droge.....	11
2.1.3 Početak lečenja.....	11
2.1.4 Okončanje lečenja.....	12
2.1.5 Period lečenja.....	13
2.1.6 Centar/program za lečenje.....	13
2.1.7 Primarne droge.....	15
2.1.8 Sekundarne droge.....	16
2.1.9 Problem sa uzimanjem više vrsta droga.....	16
2.1.10 Shvatanje testiranja na HIV ili HCV.....	17
2.1.11 Deljenje šprica/igle.....	17
2.1.12 Tretman supstitutima opijata (OST).....	18
2.2 Specifikacija (lista tačaka programa).....	19
3. METODOLOŠKA I ETIČKA PITANJA.....	31
3.1 VREMENSKI REFERENTNI PERIOD.....	31
3.2 OBRAZAC UPOTREBE DROGA: NAPOMENE O DROGAMA.....	31
3.3 POKRIVENOST.....	31
3.4 KVALITET PODATAKA.....	32
3.5 DUPLO BROJANJE.....	32
3.6 ETIČKA PITANJA I ZAŠTITA PODATAKA.....	33
4. DEFINICIJA SLUČAJA: GRAFIČKI OPIS.....	34
5. BIBLIOGRAFIJA.....	37
6. FORMA IZVEŠTAJA.....	38
7. DODATAK.....	45
7.1 ZBIRNA TABELA POREĐENJA: STARA I NOVA SPECIFIKACIJA.....	45
7.2 MODUL O RASPROSTRANJENOSTI LEČENJA.....	46
7.2.1 Specifične odredbe za modul rasprostranjenosti lečenja.....	47
7.2.2 Specifikacija.....	47
7.2.3 Metodologija za prikupljanje podataka.....	48

Predgovor

Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droge (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA*) osnovan je 1993 da obezbedi Evropskoj uniji i njenim državama članicama objektivne, pouzdane i uporedive informacije na evropskom nivou u vezi sa drogama i zavisnosti od droga i njihovim posledicama (Evropska unija, 2003.).

Među glavnim instrumentima EMCDDA postoji pet ključnih epidemioloških pokazatelja koji daju informacije o epidemiologiji upotrebe droga i njegovim posledicama u Evropi. Indikatori pokrivaju upotrebu droge u široj populaciji i među učenicima, nivo problematičnosti upotrebe droga, zdravstvene posledice korišćenja droga, uključujući i zarazne bolesti i smrtne slučajeve izazvane drogom kao i zahteve za lečenjem od droge.

Pokazatelj potrebe za lečenjem – PPL (*Treatment Demand Indicator – TDI*) je ustanovljen 2000. godine, on je zasnovan na radu saradničke grupe Saveta Evrope za borbu protiv upotrebe droge i ilegalne trgovine (Pompidu grupa), sa ciljem prikupljanja uporedivih i pouzdanih informacija o broju i karakteristikama korisnika droga prezentovanim zarad lečenje u državama članicama EU. PPL meri potrebe za lečenjem i on predstavlja indikator trendova u problemima sa upotrebom droge, te identifikuje obrasce u korišćenju objekata za lečenje.

Ova publikacija predstavlja revidiranu verziju PPL protokola 2.0. Posle 10 godina prikupljanja podataka na evropskom nivou, bilo je neophodno da se modifikuje PPL protokol 2.0 na razne načine, kako bi se bolje oslikale promene koje su se dogodile u tom periodu ne samo kada je u pitanju situacija vezana za droge, već i ona vezana za sam sistem lečenja, kao i nacionalni i međunarodni informacioni sistem.

Protokol je organizovan u sedam oblasti:

1. Uvod (istorija, ciljevi, implementacija, opšti principi)
2. Smernice (definicije i stavka)
3. Metodološka pitanja (opšte primedbe, kvalitet podataka, pokrivenost, duplo brojanje, etička pitanja)
4. Definicija slučaja: grafički opis
5. Bibliografski podaci
6. Fonte šablon
7. Aneksi:
 - 7.1 Zbirna tabela poređenja između starih i novih stavki
 - 7.2 Modul o 'Prevalenci lečenja'

Wolfgang Götz
Direktor EMCDDA

1. Uvod

1.1 Istorija

Istorijat pokazatelja potrebe za lečenjem (PPL) seže skoro 20 godina unazad kada je definisana prva usaglašena forma prikupljanja podataka. Cilj protokola je bio da stručnjacima i istraživačima obezbedi zajedničku evropsku metodologiju za prikupljanje suštinskih podataka o profilu korisnika droga u kontaktu sa službama lečenja, kao i izveštavanje o tim podacima.

Osnovni skup podataka zasnovan na nacionalnim iskustvima u prikupljanja podataka u sistemu lečenja već je postojao pre uspostavljanja PPL. U zemljama gde nacionalni sistem prikupljanja podataka nije postojao, PPL je usvojen kao minimalni skup podataka za dugotrajniji nacionalni sistem za praćenje korisnika droga u lečenju (Evropsko istraživanje bolesti zavisnosti, 1999.).

Prvi učesnik koji je definisao uobičajeni protokol za prikupljanje podataka o ljudima koji ulaze u proces lečenja je Pompidu grupa (PG), koja je koordinirala proučavanje na nivou grada (u Dublinu i Londonu 1991.), kao i razvojni projekat u 11 gradova i stvaranje Evropske ekspertske grupe, koja se okupila nekoliko puta kako bi razmotrila i dogovorila metodološke smernice. PG protokol je objavljen 1994. (Hartnoll, 1994; Stauffacher i Kokkevi, 1999.) i prvo se implementirao na nivou grada, a zatim na nivou države u zemljama zapadne Evrope, a u drugoj fazi bio je sproveden u centralnoj i istočnoj Evropi.

1994. osnovan je Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droga (EMCDDA) i on je preuzeo odgovornost za prikupljanje podataka u vezi evropskih pokazatelja potrebe za lečenjem.

Pokazatelj potrebe za lečenjem 2.0 (Sajmon i ostali, 2000.) EMCDDA/Pompidu grupe objavljen je na osnovu revizije prvog protokola Pompidu grupe. Prethodila mu je procena izvodljivosti u vezi sa metodologijom i prikupljanjem podataka (Origer, 1996) i procena nacionalnog iskustva izveštavanja o podacima korišćenjem u PPL-a (Simon i Pfeiffer, 1999.).

Od 2000, EMCDDA realizuje podatke o izveštavanju iz zemalja članica EU i usvojila je formalni sporazum sa zemljama članicama da podstakne i olakša prikupljanje podataka i izveštavanje od nacionalnog do evropskog niva.

Pet EMCDDA ključnih epidemioloških indikatora, uključujući PPL, su zvanično usvojeni od strane upravnog odbora EMCDDA (EMCDDA upravni odbor, 2001.) i Saveta Evropske unije 2001. godine (CORDROGUE 67. Savet Evropske unije, 2001.). U tim formalnim dokumentima, zemljama članicama EU (...) se preporučuje da se obezbedi dostupnost informacija o pet ključnih epidemioloških pokazatelja i da identifikuju i rešavaju mogući problemi u obradi i širenju ovih informacija; Savet poziva države članice da daju prioritet obradi i širenju informacija o pet ključnih epidemioloških indikatora u uporedivom obliku, (...) da obezbede EMCDDA informacije o pet ključnih epidemiološke pokazatelji prema EMCDDA smernicama (...); najzad - Savet poziva države članica i Komisiju na blisku saradnji sa EMCDDA da ispitaju najbolje načine i sredstva, posebno finansijske prirode i podrže realizaciju pet epidemioloških indikatora (...).

Od 2001, prikupljanja podataka i izveštavanja su primenjeno i poboljšano u većini zemalja članica EU, i PPL podaci se sada rutinski koriste u EMCDDA analizama kada je u pitanju korišćenje droga u Evropi (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>, 2011.).

1.2 Cilj, svrha i metodološke implikacije

Zašto PPL: šta je njegov cilj?

Cilj pokazatelja potrebe za lečenjem je da prikuplja informacije na usklađen i uporediv način u svim državama članicama na osnovu broja i profila ljudi koji ulaze u proces lečenja (klijentima) u toku svake kalendarske godine.

Iako je naziv pokazatelja „pokazatelj potrebe za lečenjem“, on prikuplja informacije o ljudima koji ulaze u proces lečenja. Ovaj naziv će ostati jer je PPL široko priznat kao instrument za prikupljanje i izveštavanje o ljudima koji ulaze proces lečenja, u upotrebi u Evropi i izvan nje, kao indirektni pokazatelj neprimćenog nivoa ljudi koji su potencijalno u potrebi da traže lečenje od zavisnosti od droga.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

PPL protokol propisuje koji klijenti treba da se prijave na evropskom nivou, a svaki nacionalni sistem za praćenje treba biti u stanju da snima i izveštava EMCDDA o minimalnom zajedničkom skupu stavki za svakog klijenta.

Svaki nacionalni sistem za praćenje lečenja može da uključi više stavki od onih definisanih u EMCDDA PPL protokolu, u skladu sa nacionalnim i lokalnim informacijama. Takođe, kategorije predmeta prikupljenih na nacionalnom nivou mogu se razlikovati od onih zahtevanih u PPL protokolu, sve dok je moguće da se sprovede pouzdana konverzija u PPL kategorije (pogledajte ispod „Hijerarhija potrebnih podataka: od kliničkih podataka do informacija značajnih za Evropsku politiku“).

Za šta se prikupljaju informacije: šta je svrha toga?

Osnovna svrha informacija prikupljenih od strane PPL pokazatelja je da se stekne uvid u karakteristike, rizično ponašanje i obrasce upotrebe droge od strane ljudi koji imaju problem sa korišćenjem droge u zajednici, da se pomogne da se procene trendovi o obimu (prevalencija i incidencija) i obrasci problema sa korišćenjem droga; idealno u kombinaciji sa drugim pokazateljima vezanim za droge. Ova svrha je fundamentalna, jer određuje uključivanje/isključivanje kriterijuma za definisanje bolesnika po PPL-u: bolesnik (klijent) kojeg treba prijaviti EMCDDA treba da odražava u najvećoj mogućoj meri karakteristike problematičnog korisnika droge u zajednici.

Ovo se najbolje može postići snimanjem informacija ubrzo nakon što korisnik kontaktira servis, obično u trenutku prijema/stupanja na lečenje, posle stručne ocene karakteristika klijenta. Za potrebe pokazatelja, informacije prikupljene o klijentu treba da odražavaju u najvećoj mogućoj meri njegov/njen obrazac uzimanja droga pre kontakta sa lečenjem; tretman intervencije na klijentu sproveden pre registracije treba da ima skoro nikakav ili ograničen uticaj na zabeležene informacije (npr. lice koje dolazi na lečenje, jer je ubrizgavalo heroin, moglo bi biti zabeleženo kako ne koristi heroin ako se prikupljanje podataka i izveštavanje vrši kada klijent već prima neku tretmansku intervenciju). Izveštavanje o prvom upisu o lečenju u godini uglavnom će pomoći da se ispuni cilj pokazatelja. Pored toga, informacija prikupljena od strane PPL pokazatelja može da pomogne (zajedno sa ostalim indikatorima i izvorima informacija) da proceni neke parametre lečenja (odredbe, uzimanja, pokrivenost). Ovi aspekti se razvijaju u ovom trenutku u okviru strategije praćenja lečenja zavisnosti od droga.

Kako se PPL cilj postiže

U centru za lečenje bolesti zavisnosti obično se prikuplja značajna količina informacija o klijentima. Ove informacije se prikupljaju od strane profesionalaca pre svega da olakšaju terapijski proces, ali i za administrativne i upravne razloge na lokalnom nivou, kao i za epidemiološke svrhe na lokalnom, nacionalnom ili međunarodnom nivou. Neke od prikupljenih informacija neće biti dostupne van centra za lečenje, neke će se preneti regionalnim ili nacionalnim telima i, konačno, ograničeni deo informacija će biti prikupljen na evropskom nivou, prateći procedure i definicije EMCDDA PPL protokola.

Centri za lečenje narkomanije predstavljaju osnovni izvor informacija za sticanje uvida o upotrebi droga i probleme narkomanije, jer problem narkomanije je teško kvantifikovati i opisati. Problematična upotreba droga ima relativno nisku rasprostranjenost u većini zemalja članica EU i često je društveno žigosana, pa samim time i teška za evidentiranje.

Međutim, treba imati u vidu da nisu svi korisnici droga u kontaktu sa centrima za lečenje. Neki korisnici ne moraju biti u kontaktu sa bilo kojim od servisa (npr. neki društveno integrisani kokainski ili zavisnici od kanabisa, neki veoma marginalizovani korisnici heroina) ili bi možda mogli biti u kontaktu sa službama koje, iz različitih razloga, ne mogu prikupljati obaveštenja od svojih klijenata, ili ih ne prijavljuju nacionalnom sistemu za praćenje (na primer, privatni psihijatri, programi zasnovani na internetu ili, u nekim zemljama, lekari opšte prakse ili agencije za pružanje socijalne pomoći).

Prema tome, zaključci o problemu korišćenja droge u zajednici na osnovu podataka prikupljenih od strane PPL-a treba da se upoređuju sa oprezom, naročito kada su promene male i/ili na osnovu ograničenog broja klijenata. Pored toga, dostupnost usluga, promene u pružanju usluga i pokrivenost sistema izveštavanja moraju biti uzeti u obzir. Takođe, tumačenje PPL informacija će imati znatnu korist od unakrsne validacije sa ostalim pokazateljima (npr. u vezi sa smrtnim slučajevima povezanim sa drogom, pokazateljima sprovođenja zakona) i ad-hoc studije (npr. kvalitativne studija na uličnom uzorku, studije i izveštaji od drugih servisa koji nisu pokriveni).

Uprkos svim tim upozorenjima, u mnogim zemljama EU PPL izveštaj pruža informacije o znatnom broju onih koji imaju problem sa drogama (u nekim slučajevima više od 50% ukupnog procenjenog

Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

broja PKD). Ovo čini pokazatelj jakim a često i glavnim izvorom informacija o populaciji problematičnih korisnika droga. U zemljama u kojima je značajan deo stanovništva PKD obuhvaćen od strane PPL izveštavanja, obrazac korišćenja i rizika onih koji nisu prijavljeni ne razlikuje se bitno od onih koji su prijavljeni. Osnovni rezultati pokazatelja tada se mogu smatrati robustnim, posebno ako su zapažanja konzistentna tokom vremena. Tamo gde je poznato da podgrupe problematičnih korisnika droga postoje, a sa obrascima korišćenja i rizika koji se razlikuju drastično od obrazaca posmatranih u PPL pokazatelju, lokalne i ciljane studije će možda biti neophodne da obuhvate to ponašanje. Štaviše, ako dostupnosti servisa i politike lečenja ostanu bez fundamentalne promene u toku perioda, trendovi posmatrani u PPL-u mogu signalizirati važna dostignuća u problemu sa korišćenjem droga (npr. promene u ponašanju kod injektiranja, širenje korišćenja krekta, itd.)

Na kraju, podaci dobijeni putem PPL pokazatelja su suštinska komponenta različite metodologije za procenu rasprostranjenosti problema korišćenja droga, koja je obično zasnovana na kombinaciji baza podataka generisanih od strane različitih usluga koje koriste različite metode obračuna.

Sa kojim dodatnim izazovima se PPL suočava u poslednjih nekoliko godina?

U poslednjih 10-15 godina, tretman supstitutima opijata se dramatično proširio u mnogim zemljama EU, iako ne u svim. Lečeno stanovništvo u ovim zemljama uključuje sve veći procenat klijenata koji su ušli u proces lečenja zbog problema sa heroinom, a ostali su u tretmanu supstitutima opijata (OST) u toku dužeg vremenskog perioda. Dakle, postoji veliki broj klijenata u kontinuitetu, dugoročnih korisnika tretmana supstitutima, a koji ponovo ne uđu u tretman. Korisnici kokaina, amfetamina ili kanabisa su manje pogođeni ovom situacijom, ali neki od njih mogu biti u drugim oblicima dugoročnog tretmana.

Postalo je stoga sve više potrebno da se proceni broj tih ljudi i modul za rasprostranjenost lečenja koji je zamišljen i testiran u prošlosti da proceni broj i osnovne karakteristike ove grupe klijenata. Ove informacije će biti prikupljene u posebnom dobrovoljnom modulu koji je još uvek u fazi razvoja u okviru nove strategije za prikupljanje podataka u vezi sa lečenjem, koji će obuhvatiti dostupnost lečenja, organizaciju i kvalitet (EMCDDA strategija praćenja lečenja će biti završena do kraja 2012.). Nekoliko zemalja trenutno nisu u stanju da izračunaju informacije koje će biti uključene u ovaj modul, jer on zahteva da se odredi sistem za praćenje koji omogućava praćenje statusa svakog klijenta kao i činjenice da li je bio u procesu lečenju ili ne, dok je sam PPL osmišljen tako da broji samo one koji ulaze u proces lečenja. U isto vreme, klijenti u procesu kontinualnog lečenja (od kojih je većina korisnika opoidnih supstanci) su u posebnoj situaciji, dok mnogi od njih nisu više korisnici ilegalnih opioidnih sredstava, mada oni mogu da koriste druge droge. Tumačenje ovih informacija u vezi procena rasprostranjenosti i obrazaca upotrebe problema sa drogama je posebno kompleksno. Ali, čak uzimajući u obzir značaj ovog novog izazova, osnovni ciljevi PPL-a ostaju isti, i uglavnom se odnose na procenu broja i karakteristika ljudi sa problemima vezanim za upotrebu droge koji ulaze u proces lečenja tokom kalendarske godine.

1.3 PPL primena

PPL podaci se prikupljaju na nacionalnom nivou, često nakon dugog procesa od centra za lečenje do regionalnog nivoa a potom od regionalnog do nacionalnog nivoa. Zatim se podaci prenose do nacionalnih kontrolnih tačaka (NKT), koje predstavljaju nacionalne agencije imenovane od strane svake vlade, kao tela koja su odgovorna za pružanje najvećeg broja do sada dostupnih informacija o drogama i narkomaniji. Nacionalni PPL podaci se zatim šalju u zbirnom obliku u EMCDDA, a sve to u skladu sa izveštajima koji su dogovorili NKT i EMCDDA.

Od kasnih 1990-ih do 2011, pružanje podataka o lečenju koje je zahtevao EMCDDA je implementirano u većini evropskih zemalja. 2000. godine 15 zemalja članica Evropske unije prijavilo je PPL EMCDDA, ali su kvalitet i potpunost podataka bili promenljivi. Od tada, izveštavanje je postepeno proširivano i kvalitet podataka se značajno poboljšao.

U 2010, EMCDDA je primio podatke iz 29 zemalja (27 zemalja članica EU + Turska i Hrvatska), a od 2011. Norveška će takođe poslati svoje podatke u EMCDDA. Podaci se iskazuju na osnovu PPL protokola 2.0 i prikupljeni su korišćenjem „Fonte” internet alata.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

Podaci prijavljeni do 2011 uglavnom pokrivaju ambulantne i bolničke centre za lečenje. 10 godina od njegove primene, u većini zemalja je bio težak zadatak da se prikupe informacije od različitih vrsta centara za lečenje.

Većina zemalja šalje skoro sve podatke koje zahteva EMCDDA, ali neka ograničenja i dalje ostaju u vezi sa specifičnim promenljivima, koje mogu da se promene u skladu sa određenom zemljom. Podaci se i dalje prikupljaju od drugih vrsta centara za lečenje, i biće uloženi dodatni napor da se proširi prikupljanje podataka tamo gde je to moguće i u drugim servisima u kojima narkomani predstavljaju relevantnu grupu klijenata.

Nivo harmonizacije je dovoljno dobar da omogući uporedivost podataka između zemalja, iako oprez treba da bude prisutan u interpretaciji podataka, zbog razlika u sistemima lečenja i varijabilnosti u sprovođenju nekih PPL odrednica među zemljama.

U 2009, specifični sistem za procenu kvaliteta EMCDDA ključnih indikatora, uključujući i PPL je odobren od strane evropskih država članica i primenjuje se na osnovu podataka prijavljenih za 2006. godinu. Sistem je pokazao značajan napredak u sprovođenju PPL i uporedivosti podataka, čak i ako je u nekim oblastima i dalje potrebno poboljšanje.

2006. godine, poseban PPL modul je bio testiran na terenu kako bi dao podatke o ljudima „u kontinuiranom lečenju“. Prikupljanje podataka bilo je sprovedeno kao prikupljanje podataka i u vidu pilot projekta u toku nekoliko godina, ali je ono sada uključeno u trenutnu verziju PPL protokola i to zbog vrednosti informacija prikupljenih, iako još uvek na dobrovoljnoj osnovi i u fazi razvoja.

PPL se takođe sve više koristi u poslednjih 10 godina kao primer i merilo za države i međunarodne organizacije van Evrope, kroz prezentacije i obuke, a u nekim slučajevima instrumenti su usvojeni kao glavno sredstvo za prikupljanje podataka o lečenju. Ovo se posebno odnosi na zemlje u procesu pridruživanja Evropskoj uniji, zemlje koje se graniče sa EU i druge međunarodne organizacije (npr. MAKKN).

Redovna saradnja se održava sa globalnim organizacijama koje rade u oblasti lekova (UNKDK i SZO). Zajednička publikacija o prikupljanju podataka o zahtevu za lečenje je pokrenut u 2006, kao deo UNKDK serijskog alata (UNKDK, 2006).

Iako je učinjen veliki napredak, neka ograničenja u kvalitetu podataka još uvek postoje i napredak treba da bude ostvaren u skupljanju i izveštavanju o podacima o korišćenju droge, naročito gledano iz evropske perspektive.

1.4 Opšti principi PPL protokola 3.0

PPL protokol 3.0 je zasnovan na nekim opštim principima, koji bi trebali da donesu podatke iz zemalja u EMCDDA kao analizu podataka na evropskom nivou. EMCDDA i evropski stručnjaci su se složili o sledećim principima kao osnovi za sprovođenje PPL protokola 3.0.

(a) Monitoring u odnosu na istraživanje/ad-hoc studije

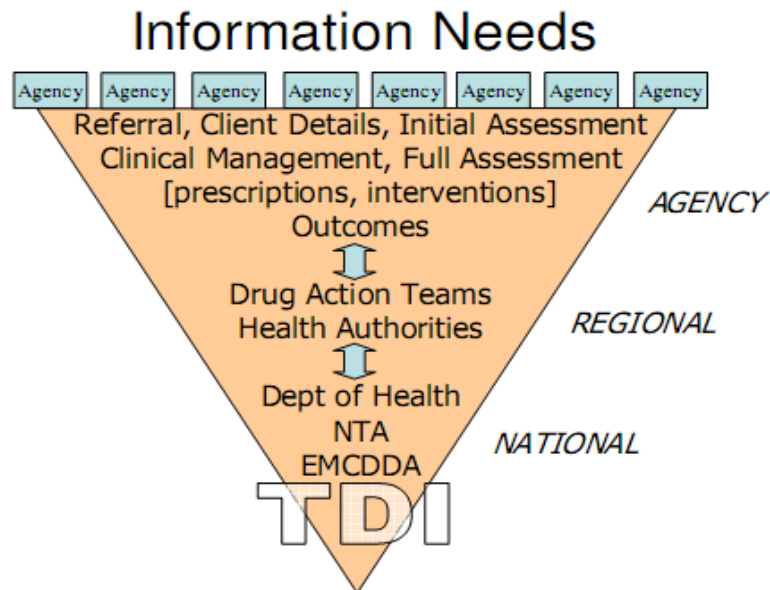
Monitoring podataka se razlikuje od istraživanja i ad-hoc studija. Monitoring podrazumeva prikupljanje podataka o ograničen skup informacija na redovan i sistematski način, koji omogućavaju identifikaciju promena tokom vremena. Potreba za detaljnijim informacijama se bolje ostvaruje putem ad hoc studija i istraživanja. PPL može samo da istražuju osnovne informacije i da vodi ispitivanje o daljem istraživanju na osnovu opštih nalaza (npr. socijalna isključenost, obrasci korišćenja droga, izlazne procene). Istraživački projekti mogu biti zasnovani na pitanjima koja proizlaze iz PPL-a, ali će biti izgrađeni na različitim mestima i u različitim formatima i samo od strane onih stručnjaka koji su zainteresovani za dublju analizu.

(b) Hijerarhija potrebnih podataka: od kliničkih podataka do informacija značajnih za Evropsku politiku

Uvek je važno da se jasno razgraniči potreba za prikupljanjem podataka na različitim nivoima: lokalnom, regionalnom, nacionalnom i evropskom. Potrebe za informacijama su različite, jer nivo potrebnih detalja na različitim nivoima varira, ono polazi od detaljnih informacija prikupljenih za

Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

kliničke svrhe, da bi se došlo do informacija koje su korisne za planiranje i procenu intervencije na nivou centra za lečenje, do podataka za planiranje centra za lečenje na lokalnom nivou, sve do više opštih informacija za regionalne, nacionalne i evropske planove o drogama i za procenu dugoročnih rezultata: (Donmall, 2008).



EMCDDA informacije treba da obezbede minimalni zajednički imenitelj izveštavanja za sve zemlje. Podaci prikupljeni i/ili oni koji su prijavljeni mogu da se razlikuju na različitim nivoima u skladu sa različitim potrebama.

(c) Izveštavanje o podacima u odnosu na prikupljanje podataka

Prikupljanje podataka i izveštavanje o podacima su dve različite radnje, koje se dešavaju na različitim nivoima i služe za različite namene.

Podaci o izveštavanju iz svake zemlje ka evropskom nivou su unapred definisani skupovi rezultata dobijeni od PPL nacionalne službe za podatke o lečenju. Ovi rezultati obično se dobijaju tako što se menjaju rutinski ekstrahovani podaci i mogu se napraviti bez promene samog PPL protokola i osnovne nacionalne, regionalne, lokalne baze podataka, obično kroz izmene rutinskog ekstrahovanih podataka. Adaptacija izveštajne forme može, međutim, zahtevati vreme i neke izmene u softveru u zajedničkom procesu sa uključenim partnerima. Fokus izveštavanja za EMCDDA, uz primenu PPL protokola 3.0, se udaljio od razlika na osnovu vrste centra za lečenje; ova skretnica ne bi trebalo da u principu ima uticaj na prikupljanje podataka i izveštavanje na nacionalnom nivou.

(d) Pojedinci u odnosu na period lečenja

Sistemske izveštaje o podacima o potrebi za lečenjem mogu biti zasnovani na brojnim epizodama u lečenju pojedinca dobijenim u toku određenog vremenskog perioda ili na osnovu broja pojedinaca koji su ušli u proces lečenja tokom određenog vremenskog perioda. Američka služba za mentalno zdravlje i bolesti zavisnosti (SMZiBZ), na primer, beleži periode lečenja koje je pojedinac započeo u toku godine.

S druge strane, PPL 3.0 protokol se zasniva na izveštavanju o informacijama o svakom pojedinačnom ulasku u proces lečenja u toku kalendarske godine, i ne računa svako lice više puta tokom naznačenog vremenskog perioda. Ako osoba ima više od jednog tretmana lečenja u toku izveštajne godine, samo jedan tretman se prijavljuje.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

Terapijska epizoda je definisana kao „period od početka lečenja od zavisnosti (...) problema i prestanaka lečenja za propisani plan lečenja (SMZiBZ, 2009) ili klijent može prisustvovati jednom ili više modaliteta/intervencija (ili vrste) tretmana u toku istog perioda lečenja. Klijent može imati više od jedne terapijske epizoda u godini (Manchester University, 2010.). Shodno tome, PPL protokol 3.0 definiše šta se smatra „terapijskom epizodom “ u delu o „definiciji pacijenta“ (pogledajte dole).

Ovaj princip ima implikacije i na nacionalnom i evropskom nivou. Na nacionalnom nivou, metode za kontrolu i izbegavanju dvostrukog brojanja treba sprovesti u zemlji na sistemu informisanja o drogama. Na evropskom nivou, to podrazumeva da će brojke koje se odnose na to da će različite grupe klijenta sve biti sabrane u jednu grupu.

(d) Pojedinci u odnosu na period lečenja

PPL ima za cilj da registruje situaciju kada klijent stupa u proces lečenja, kao i da uradi najbolju procenu karakteristika korisnika koji imaju problem sa drogama.

Tokom protekle dve decenije, broj klijenata koji su i dalje kontinuirano u lečenju tokom nekoliko godina, posebno u kontekstu dugoročnog lečenja opioidnim sredstvima, ima stalni porast u Evropi. Godine 2006, ceo taj rad je počeo da se dokumentuje kroz razvoj modula „rasprostranjenosti lečenja“.

Rad na modulu se nastavlja u kontekstu ukupne EMCDDA strategije o prikupljanju i analizi podataka o lečenju, i treba da se završi do kraja 2012.

Modul je odvojen od rutinskog PPL prikupljanje podataka i nema praktične implikacije na PPL registraciju onih koji ulaze u proces lečenja. Modul je u razvoju i predstavljen je u Aneksu. Ona će biti završen u kontekstu i u saradnji sa EMCDDA strategijom za praćenje lečenja do kraja 2012.

(f) Promene u odredbama i učešće ranijih podataka

Promene u nekim odredbama u PPL protokolu 3.0 mogu imati neke efekte na prijavljivanje podataka. Što se tiče ranijih podataka, od zemalja se ne traži da prijave nove podatke za prethodne godine. Iz analize već sprovedene tokom procesa konsultacija, vidi se da uticaj promena na konačne rezultata ne izgleda da je toliko značajan u većini zemalja, ali efekti promene će biti pažljivo razmotreni i analizirani. U principu, od država se ne traži da izveštavaju na osnovu novih smernice za prethodne godine, mada neki ciljni podaci mogu se tražiti na dobrovoljnoj osnovi.

2. Smernice

2.1 Odredbe

2.1.1 Definisane slučaja

Slučaj je klijent koji počinje epizoda lečenja ⁽¹⁾ u centru za lečenje ⁽²⁾ zbog problema koje je stvorilo njegovo/njeno korišćenje droge u toku kalendarske godine: od 1. januara do 31. decembra.

Klijent treba da bude prijavljen samo jednom u toku kalendarske godine: ako je, iz bilo kog razloga, klijent registrovan u više navrata na nacionalnom nivou, ponavljanja treba da budu uklonjena što je pre moguće u skladu sa postojećim tehničkim sredstvima na nacionalnom nivou radi izveštavanja EMCDDA-u. Prvi epizoda lečenja u godini treba da bude prijavljena.

Namena

Da bi se na pouzdan način identifikovali ljudi sa problemima sa drogom koji ulaze u proces lečenja treba da se procene njihovi problemi, obrasci upotrebe droge, zdravstveni i socijalni rizici, sa ciljem da se informacije iskoriste kao pokazatelj obrazaca i trendova u problemu sa korišćenjem droga.

Kriterijumi za uključivanje:

1. Lice koje je započelo lečenje (kako je definisano u nastavku pod definicijom lečenja) u periodu od 1. januara i 31. decembra.
2. Ako je lice započelo lečenje više puta u toku izveštajne godine samo prvu epizodu lečenja (vidi dole definiciju epizode lečenja) treba prijaviti EMCDDA.

Kriterijumi za isključivanje

1. Osoba koja kontaktira centar za lečenje u ime korisnika droga, ali koja nije korisnik droga.
2. Osoba sa problemima koji su u vezi sa njegovim/njenim ličnim odnosom sa korisnikom droga, ali koja nije sama korisnik droga.
3. Osoba koja je već prijavljena jednom u istom centru ili u nekom drugom centru, u toku kalendarske godine.
4. Lice koje inicira aktivnost / postupak paralelno sa lečenjem koje je u toku. Ovo može da bude sastavni deo lečenja koje je već prijavljeno (u godini ili u prethodnim godinama), isto kao što je psihoterapija paralelna sa tokom supstitutivne opioidne terapije ili dodatnog lečenja.
5. Lice koje inicira aktivnost/proceduru kao nastavak toka lečenja koje je već prijavljeno (u godini ili u prethodnim godinama), kao što je slučaj u procesu detoksikacije koja je zatražena posle dve godine zamenskog lečenja.

Metodološka razmatranja

Preporučuje se da se duplo računanje istog klijenta izbegava kad god je to moguće na različitim nivoima i prema postojećim tehničkim sredstvima na nacionalnom nivou: između regiona ili geografskih / jurisdikcijskih područja iste zemlje, između centara za lečenje, uključujući i centre različitih vrsta i u okviru istog centra. Da bi se izbeglo brojanje istog klijenta više puta u toku izveštajne godine, tehnički idealno rešenje bi bilo da postoji centralni nacionalni registar klijenata, a svaki klijent bi imao jedinstveni identifikator koji bi omogućio to da duplikati bitu uklonjeni kada se podaci prijavljuju. Ali idealno tehničko rešenje nije moguće u mnogim zemljama zbog administrativnih, ekonomskih ili pravnih razloga. U tim zemljama treba da se postave izvodljive procedure kako bi se smanjio eventualni dvostruko brojanje slučajeva. Najosnovniji opcija je da organizacija koja primenjuje lečenje vrši interne provere (u okviru isti centra za lečenje) kako bi se videlo da li je bilo prethodnih lečenja. Međutim, pored toga, možda će biti potrebno da se pita klijenta ako on / ona ikada bio u lečenju ranije, kao što je slučaj da mogu biti lečeni u drugim centrima u istom periodu. Dodatna opcija na snazi u nekim zemljama je da kontroliše duplo brojanje na regionalnom nivou kroz regionalne sisteme za prijavljivanje i baze podataka. To bi u najvećoj meri moglo doprineti da se izbegne dvostruko brojanje, dok administrativne organizacije zdravstvenih i socijalnih usluga u mnogim zemljama otežavaju da se učestvuje u lečenju u različitim regionima istovremeno. (Videti takođe "duplo računanje" u odeljku 3).

Grafički prikaz je naveden u Odeljku 4, Definicija slučaja - Grafički opis

⁽¹⁾ Pogledajte ispod definiciju lečenja zavisnosti od droge za svrhe ovog protokola.

⁽²⁾ Pogledajte ispod definiciju centra za lečenje za svrhe ovog protokola.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

2.1.2 Lečenje od droge

Lečenje je definisan kao delatnost (aktivnosti) koja direktno cilja osobe koje imaju problema sa upotrebom droge i ima za cilj postizanje definisanih ciljeva u vezi sa ublažavanjem i/ili otklanjanjem ovih problema, a sve to obezbeđeno od strane iskusnih ili akreditovanih stručnjaka, u okviru priznate medicinske, psihološke ili socijalne pomoći. Ova aktivnost se često odvija u specijalizovanim objektima namenjenim korisnicima droge, ali takođe može se odvijati u opštim institucijama koji nude medicinsku / psihološku pomoć osobama koje imaju problem sa drogom (vidi i „Centar za lečenje”).

Namena

Ova definicija je prilično široka, da bi obuhvatila širok spektar različitih korisnika sa problemima koji se odnose na upotrebu droge; ona mora da bude podsećanje da je svrha PPL-a pre svega epidemiološka, sa ciljem da se prikupe informacije o osobama sa značajnim problema sa drogom.

Kriterijumi za uključivanje:

- intervencije čiji je primarni cilj detoksikacija;
- intervencije čiji je primarni cilj apstinencija;
- lečenje supstitutima;
- specijalizovan/strukturiran duži programa lečenja;
- intervencije čiji je cilj smanjenje štete u vezi sa drogom ako su organizovane u okviru planiranog programa (npr. programe razmene igala, sobe za konzumaciju, itd kao deo strukturiranih programa koji uključuju ciljeve, definisane intervencije, tajming, procenu);
- psihoterapija/savetovanje;
- strukturirano lečenje sa jakom socijalnom komponentom;
- lečenje uz medicinsku pomoć;
- ne-medicinske intervencije ubačena u planirane programe (npr. strukturalno savetovanje);
- posebno lečenje usmereno ka narkomanima u zatvorskom okruženju.

Kriterijumi za isključivanje:

- sporadične intervencije nisu uključena u planirani program;
- kontakt sa opštim uslugom koja uključuje samo zahteve za socijalnu pomoć;
- kontakti u kojima droga nije glavni razlog za traženje pomoći;
- kontakti samo telefonom ili pismom;
- kontakt sa porodicom ili drugim licima koja nisu korisnici droge sami/same;
- zatvorenici sami po sebi;
- tretman koji se samo sprovode putem interneta;
- službe koje samo pružaju razmenu igala.

Metodološka razmatranja

Podaci treba da budu što je moguće potpuniji, što znači da se sve raspoložive informacije o osobama koje imaju problem sa uzimanjem droge koje ulaze u proces lečenja kao što je gore definisano - Kriterijumi za uključivanje - trebaju prijaviti.

2.1.3 Početak lečenja

Početak lečenja se smatra najranijim formalizovani kontakt licem u lice između klijenta i centra. Tokom ovog (ovih) kontakata bi trebalo da bude moguće da se identifikuje klijent (izbegavanju dvostrukog brojanja) i da se procene karakteristike klijenata i potrebe u vezi sa problemima korišćenja droge.

U zavisnosti od vrste centra, ovi zahtevi treba da budu ispunjeni posle prvog kontakta - verovatno jedan do tri kontakta - između klijenata i terapeuta (pored mogućih kontakata sa administrativnim osobljem).

Predlaže se indikativan kriterijum do tri kontakta „licem-u-lice“, ali države treba da imaju mogućnost da primene određene fleksibilnosti, u skladu sa svojom praksom. U metodološkim informacijama, važno je da se prijavi kada je klijent registrovan kako bi se to prijavilo u EMCDDA podacima.

Ukoliko klijent počinje više od jednog tretmana u toku izveštajne godine, samo prvu epizodu lečenja treba prijaviti EMCDDA, kao što je gore pomenuto.

Namena

Podaci dobijeni u prvom kontaktu između centra za lečenje i klijenta imaju za cilj da pribave najnovije informacije o socijalnom profilu pacijenta i njegov / njen obrazac upotrebe droge u periodu pre lečenja.

Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

Kriterijumi za uključivanje

- Klijent koji je licem u lice u kontaktu sa centrom za lečenje u početnoj fazi lečenja (obično između jednog i tri kontakta).

Kriterijumi za isključivanje

- Kontakti se dešava u kasnoj fazi lečenja (obično posle trećeg ili više kontakata između centra za lečenje i klijenta).
- Svi drugi kontakti osim licem u lice (telefon, internet, itd.)

Metodološka razmatranja

Beležene procedure se razlikuju od zemlje do zemlje. Ova promenljiva treba da obezbedi određenu harmonizaciju u beleženju postupka širom zemlje i treba da garantuje da će osnovni podaci o klijentu biti zabeleženi.

Broj kontakata sa klijentom koji omogućava zemljama (Centar za lečenje, itd) da izveštavaju o podacima u PPL protokolu treba da bude naveden u metodološkim informacijama.

Pogledajte takođe Grafički opis definicija slučaja u Aneksu 5.1

2.1.4 Okončanje lečenja

Lečenje se smatra završenim ili kada postoji formalni zaključak (slaganje ili ne) ili kada klijent prestane da pohađa Centar za lečenje ili umre.

Razlozi za kraj lečenja mogu biti u vezi sa odustajanjem od lečenja, smrti, eksplicitna odluka da napusti lečenje od strane klijenta ili prestanak programa lečenja utvrđenog centra (vidi modul za postupak rasprostranjenosti).

Namena

PPL protokol se fokusira na „ulazak u postupak“ i nema za cilj da prikuplja podatke na kraju postupka. Prikupljanje podataka o kraju lečenja je neophodno zbog dva operativna razloga:

- 1) kraj tretmana je direktno povezan sa PPL definicijom slučaja i odlukom o tome kada bi trebalo da naknadno lečenje bude zabeleženo. Procena o tome da li prethodni postupak završen vrši se u momentu svakog unosa.
- 2) lečenje i informacije su u vezi sa „modulom za rasprostranjenost lečenja“ što omogućava identifikaciju klijenata koji su još pod tretmanom iz godine u godinu ili su zaključili lečenje iz bilo kog razloga. Iz tog razloga informacije o kraju lečenja nemaju za cilj da se izmeri ishod lečenja, već samo da se proceni da li osoba i dalje mora da se prijavi kao klijent na lečenju ili ne.

Kriterijumi za uključivanje:

Lečenje se smatra završenim kada:

- stručno lice otpusti klijenta;
- klijent eksplicitno odlučio da zaključi lečenje;
- centar/stručna lice odluči da prekine lečenje iz razloga koji nisu u vezi zaključenja lečenja, ili iz drugih razloga, koji nisu u skladu sa lečenjem, kršenje pravila, itd;
- smrt klijenta;
- klijent nema kontakt sa Centrom za lečenje. Preporučuje se da se razmotri postupak da se lečenje završi ako posle šest meseci nema kontakta između klijenta i Centar za lečenje, međutim, zemlje se u velikoj meri razlikuju u definisanju kraja lečenja. Ako zemlje imaju različite vreme za razmatranje klijenta koji napuštaju lečenje, može se posmatrati da je lečenje završeno u skladu sa nacionalnim propisima. Zemlje treba da ukaže na vreme kraja lečenja u metodološkim specifikacijama.

Kriterijumi za isključivanje

Lečenje se ne smatra zaključenim kada:

- se klijent premesti iz jednog centra u drugi centar, jer se on /ona kreću u okviru iste epizode lečenja (ponekad se naziva 'deljenje nege');
- klijent završava jednu aktivnost lečenja i počinje novu aktivnost lečenja kao deo iste epizode lečenja.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

- klijent ima i dalje kontakte sa centrom za lečenje u okviru perioda od šest meseci ili ranije (prema periodu definisanom u nacionalnim pravilniku o napuštanju lečenja).

Metodološka razmatranja:

Zemlje treba da iznesu u metodološkim informacijama koji je to vremenski period u kom se smatra da je klijent napustio lečenje. Pravilo od šest meseci treba slediti što je više moguće.

2.1.5 Period lečenja

Period lečenja je definisan kao „period usluge između početka lečenja od zavisnosti (...) i prestanaka postupka lečenja po propisanom terapijskom planu (SMZiBZ, 2009.).

Lečenje je složen proces, a često različite terapijske aktivnosti/procedure treba da budu sprovedene paralelno ili uzastopno, ponekad u toku dužeg vremenskog perioda (npr. savetovanja, psihoterapije, lečenje supstitutima, ostali farmakološki tretmani, ambulantna ili stacionarna detoksikacija, duži period smeštaja...). „Klijent može pohađati jedan ili više modaliteta/intervencija (ili vrste) tretmana u toku istog perioda lečenja. Klijent može imati više od jednog perioda lečenja u godini (*Manchester University, 2010.*).

Namena

Treba da utvrdimo kada klijent prolazi kroz isti period lečenja, kako da bi utvrdili da li klijent treba ili ne treba da se ponovo evidentira u skladu sa PPL pokazateljem.

Kriterijumi za uključivanje

1. Sve aktivnosti/procedure koje su upućene ka klijentu treba da budu sprovedene i usmerene ka tome da se definiše problem koji je izazvao ulazak u proces lečenja, čim se one urade u organizacionom/planskom smislu. Ove aktivnosti mogu biti sprovedene tokom dužeg vremenskog perioda i u istom ili u drugom odeljenju. One mogu da prate početno utvrđeni plan, ili se mogu modifikovati u skladu sa potrebama i napretkom klijenta.
2. Ako je proces lečenja formalno završen ili je klijent izašao iz tretmana ⁽³⁾, a zatim je ponovo primljen na lečenje u novom periodu lečenja, taj novi ulaz je evidentiran.

Kriterijumi za isključivanje

1. Pojedinačna aktivnost u okviru planiranog/organizovanog lanca aktivnosti ne smatra se periodom lečenja.

2.1.6 Centar/program za lečenje

Centar / program za lečenje je u svakom objektu koji obezbeđuje lečenje, kao što je definisano gore, ljudima koji imaju problem sa drogom. Centri za lečenje mogu biti specijalizovani centri, gde se fokusiraju samo na lečenje narkomana, ili su u sklopu većih centara gde ciljaju različite grupe (npr. mentalno zdravlje pacijenata, zavisnici od alkohola, itd.) Takođe mogu da se osnuju u okviru medicinskih ili ne-medicinske, vladinih ili nevladinih, javnih ili privatnih centara.

Namena

Da bi se identifikovao širok spektar objekata gde klijent ulazi u proces lečenja, bez obzira na vrstu intervencije koju dobija. Kao cilj pokazatelja navodi se identifikacija klijenata koji imaju problem sa drogom, tip ustanove nije presudan faktor u ovom slučaju.

Kao što je detaljnije objašnjeno u metodološkom razmatranju dole, važno je istaći da su za prethodni PPL protokol verzija 2.0 bili važni detaljniji podaci gde se prijavljivao i tip centra za lečenje. U trenutnoj verziji protokola podaci će biti prijavljeno samo u jednom šablonu (ne pet šablona kao u prošlosti).

⁽³⁾ Pogledajte definiciju kraja tretmana.

Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

Tip centra za lečenje neće biti u fokusu izveštavanja. U obrascu za izveštavanje će biti samo nekoliko tabela, gde će svaki prekid po vrsti centra za lečenje biti evidentiran (vidi šablon za izveštavanje).

Centri koji trebaju da budu uključeni:

Sledeće vrste centara za lečenje su definisani u PPL-u:

- Centri/programi za ambulantno lečenje;
- Centri/programi za bolničko lečenje;
- Programi za lečenje u zatvorima;
- Lekari opšte prakse;
- Agencije/programi za socijalnu medicinsku pomoć ljudima koji pate od zavisnosti;
- Druge vrste centara za lečenje (navedite koji tip centara).

Definisanje vrsta centara za lečenje:

(a) Centri za ambulantno lečenje su centri za lečenje gde se klijenti tretiraju u toku dana i ne ostanu preko noći. Oni uključuju javne ili privatne centre/klinike koje mogu biti otvorene u večernjim satima, ali gde vreme otvaranja isključuje noćni rad.

(b) Centri za bolničko lečenje su definisani kao centri u kojima klijenti mogu da ostanu i preko noći. Oni su terapeutske zajednice, privatne klinike, jedinice u bolnicama i centarima koje poseduju smeštajne kapacitete. Klijenti treba da bude prijavljeni kao oni koji ulaze u centre za bolničko lečenje kada se prvi kontakt između klijenta i centara dešava u centru za bolničko lečenje, a PPL podaci se registruju u tim ustanovama za lečenje.

(c) Jedinice za lečenje u zatvoru su definisane kao one koje pružaju specifične usluge zatvorenicima sa problemima sa drogom. Oni mogu da uključuju:

- jedinice specijalizovane za lečenje i zasebni fizički prostor unutar zatvora;
- profesionalci (angažovani eksterno ili interno u zatvoru) koji obezbeđuju paket intervencija sa ciljem da leče ili smanje problem sa drogom vezan za korisnike droga u zatvoru.

(d) Lekari opšte prakse su medicinski radnici koji tretiraju akutna i hronična oboljenja i pružaju preventivnu zaštitu i zdravstveno obrazovanje za sve uzraste i oba pola. Oni mogu lečiti korisnike droge od problema sa drogom, u nekim slučajevima su u sadejstvu sa ambulantnim ili uslugama bolničkih kapaciteta, a neki od njih mogu imati posebnu obuku u lečenju narkomana;

(e) Agencije/programi za socijalnu medicinsku pomoć ljudima koji pate od zavisnosti s ciljem da se spreči i smanji šteta po zdravlje u vezi sa zavisnošću od droga, a posebno učestalost krvnih virusnih infekcija i predoziranja, i da podstaknu aktivne korisnike droga da kontaktiraju zdravstvene i socijalne službe.

(f) Druga vrsta centara za lečenje su sve zdravstvene ustanove koje pružaju lečenje kako je gore definisano. U slučaju korišćenja ove kategorije „drugi tipovi centara za lečenje“, tip centra za lečenje koji dostavlja podatke treba da bude opisan i naznačen u metodološkoj specifikaciji.

Centri/programi koji će biti isključeni:

- Bilo koji drugi tip centra za lečenje, kada nije uključen u lečenja kako je gore definisano (definicija lečenja).
- Samo centri/programi za širenje informacija.
- Centri/programi koji samo razmatraju razmenu igala i špriceva.
- Sporadične intervencije prema korisnicima droge u zatvoru nisu uključene (npr. informacije, dostava igala i samo razmena, itd), kako je definisano u isključujućim kriterijumima za lečenje.
- Bolničke sobe za hitne slučajeve.
- Ustanove opšte socijalne zaštite, koji se ne bave ciljano korisnicima droga.

Metodološka razmatranja

Podaci će se prijavljivati EMCDDA sa fokusom na same klijente, njihove karakteristike i obrasce upotrebe droga, a posebno primarnih droga. Centri za lečenje/programi, koji su prethodno bili osnovni izveštavači o raslojavanju, biće samo jedna od prijavljenih promenljivih. Fokusiranje na klijente se odnosi na nekoliko stavki:

- Svrha indikatora je epidemiološka i fokusira se na broj i karakteristike klijenata koji ulaze u proces lečenja i služi kao indirektni pokazatelj za one koji imaju probleme sa korišćenjem droga.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

- 10 godina prikupljanja podataka na evropskom nivou pokazuju da 80% klijenata prijavljenih EMCDDA-u ulaze u proces lečenje u ambulantnim centrima, dok druge vrste centara (bez zatvora) obično nisu mesta prvog ulaska, već se koriste u kasnijim fazama programa lečenja.
- u mnogim zemljama, lekari opšte prakse, agencije/programi za socijalnu medicinsku pomoć ljudima koji pate od zavisnosti i drugi izvori lečenja ne igraju značajnu ulogu u obezbeđivanju lečenja kao što je definisano u protokolu (mada oni mogu da pruže dragocenu pomoć korisnicima droga), ili naime nije moguće da se prikupljaju podaci iz ovih izvora. Prema tome, podaci su dostupni samo za nekoliko zemalja, što otežava analizu na evropskom nivou.
- samo nekoliko specifičnih analiza su korisne zavisno od vrste centra za lečenje. Teško je napraviti detaljno poređenje prema tipu centra za lečenja zbog nacionalnih razlika u organizaciji lečenja.

2.1.7 Primarne droge

Primarne droge su definisane kao droge koje izazivaju kod klijenta najviše problema na početak lečenja. Ovo je obično zasnovano na zahtevu klijenata i (ili) na osnovu dijagnoze koju konstatuje terapeut, obično koristeći međunarodne standardne instrumente (npr. MKB-10, DSPMP-IV, IJZ ⁽⁴⁾) ili kliničku procenu. Ova stavka je od centralnog značaja i treba da se prikuplja za svakog klijenta.

Namena

Da se identifikuje osnovni problem klijenata koji konzumira droge, procenjujući njegov profil i trendove tokom vremena u obrascima upotrebe droge. Ova promenljiva omogućava da se čuvaju informacije za najrelevantnije probleme narkomana gledano iz epidemiološke tačke.

Kriterijumi za uključivanje

- Primarna droga je droga koja dovodi do najozbiljnijih problema (zdravlje, mentalni, socijalni problemi, itd) za klijenta.
- Primarna droga je glavni razlog zbog koga je klijent ušao u proces lečenja.
- Primarna droga može da uključuje i bilo koju zloupotrebu lekova od strane klijenta, a koja se ne koristi u skladu sa lekarskim receptom.
- Primarne droge uključuju svaku drogu iz liste koja će biti predstavljena u nastavku.

Kriterijumi za isključivanje

- Alkohol može da se evidentira kao sekundarna droga koja se koristi uz primarnu drogu (pogledajte poglavlje o sekundarnim drogama).
- Duvan.
- Sve psihoaktivne supstance i lekovi koji se koriste isključivo za medicinsko lečenje uz lekarski recept i prema medicinskoj praksi.

Metodološka razmatranja

Odluka o izboru osnovnih droga treba da se zasniva na dijagnozi specijaliste vodeći računa o zahtevima klijenta.

Kriterijumi za izbor primarnih droga nisu promenjeni i oni su u skladu sa kriterijumima za prijavljivanje podataka koji su uključeni u PPL protokol 2.0. Nova promenljiva za upotrebu droga će biti dodata da obezbedi dopunske informacije, ali ne kao zamena za staru.

Ako se tačna droga ne zna (npr. amfetamini ili MDMA i derivati), treba koristiti opštu kategoriju (npr. drugi stimulanzi osim kokaina treba da budu evidentirani).

Kategorija „nije poznato“ treba da se koristi izuzetno i kao rezidualna kategorija.

⁽⁴⁾ Treba biti naznačeno da je revizija DSPMP-IV u toku i da će revidirana verzija DSPMP-V uskoro biti dostupna.

2.1.8 Sekundarne droge

Sekundarne droge su one droge koji se koriste kao dodatak osnovnim drogama, a to su supstance koje izazivaju probleme za klijenta i/ili menjaju prirodu problema kao što je ocenjeno od strane klijenta i lekara.

Namena

Da se identifikuju druge droge koje izazivaju probleme klijentu.

Kriterijumi za uključivanje

- Sve droge koji mogu da izazovu probleme za zdravlje i socijalno stanje klijenta, ali nisu identifikovane kao primarne droge.
- Alkohol.

Kriterijumi za isključivanje

- Duvan.
- Supstance koje se koriste od strane klijenata, ali ne uzrokuju probleme za njegovo/njeno zdravlje.
- Lekovi koji se koriste uz lekarski recept i po medicinskoj praksi.

Metodološka razmatranja

Sekundarne droge bi trebalo da bude supstance koje svojim korišćenjem stvaranje problema za klijenta. Do četiri sekundarne droge treba prijaviti EMCDDA-u. Međutim, zemlje imaju različite postupke i mogu evidentirati različit broj sekundarnih supstanci. U tom slučaju, neophodno je da se naznači koliko je supstanci evidentirano za svakog klijenta u metodološkim informacijama.

2.1.9 Problem sa uzimanjem više vrsta droga

Informacije o problemu uzimanja više vrsta droga su komplementarne i dopuna su informacijama o primarnim drogama. Postojanje problema sa uzimanjem više vrsta droga treba uvek da se procenjuje pošto je primarna droga definisana, prateći smernice i specifične procedure sve do danas.

Namena:

Varijabla o problemu sa uzimanjem više vrsta droga ima za cilj da proceni da li je klijent problematičan korisnik više od jedne droge istovremeno, na način kojim je veoma teško da se jasno identifikuje jedna primarna droga. Ovaj koncept će biti korišćen u veoma ograničenom pristupu kao MKB-10, koji definiše uzimanje više vrsta droga kao višestruku upotrebe droge da kada se zna „da su umešane dve ili više psihoaktivnih supstanci, ali je nemoguće da se proceni koji supstanca najviše doprinosi poremećaju". Odluka je u osnovi klinička i treba je koristiti na restriktivan način.

Kriterijumi za uključivanje

- Obrazac korišćenja gde nekoliko supstanci izazivaju suštinske probleme istovremeno kod klijenta i gde je veoma teško odrediti šta je primarna droga.
- Ove informacije treba da budu prikupljene tek ako su primarne droge prethodno evidentirane u protokolu 2.0, čak i sa poznatim teškoćama u nekim slučajevima. Postojeća pravila i procedure za izbor primarne droge treba i dalje da se primenjuje kao i do danas.

Kriterijumi za isključivanje

- Klijenti koji koriste samo jednu drogu.
- Klijenti koji koriste više od jedne droge, ali samo jedna prouzrokuje probleme.
- Klijenti koji koriste više od jedne droge koje prouzrokuju probleme, ali za koga je moguće da se identifikuje koja od njih izaziva više problema..

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

Metodološka razmatranja

Korišćenje više droga samo po sebi ne predstavlja problem sa više vrsta droga u cilju PPL protokola. Klijent se definiše kao onaj ko ima problem sa korišćenjem više vrsta droga kada više nego jedna droga stvara probleme sistematski na način da je teško jasno odrediti koja droga izaziva više problema.

Racionalizacija je pristup koji je usvojen u PPL protokolu 3.0

Korišćenje više vrsta droga može biti koncipirano na različite načine, uključujući i korišćenje različitih supstanci u istom vremenskom okviru (npr. u poslednjih 30 dana), ali bez relevantne farmakološke interakcije ili mogu da impliciraju zajedno istovremenu upotrebu više supstanci mešovito (npr. heroina i kokaina u istoj injekciji) ili u kratkom vremenskom periodu. Takođe, može da podrazumeva redovnu zamenu jedne supstance drugom u zavisnosti od raspoloživosti (npr. opiodi i benzodiazepami).

Jednostavna zamena koncepta „primarna droga” podrazumeva veoma visok rizik od fundamentalnih razmimoilaženja u prikupljanju podataka i izveštavanju po zemljama, tako da podaci nisu uporedivi i gotovo ih je nemoguće protumačiti. Takođe, postoji značajan rizik da su aktuelne hronološke serije potpuno prekinute. Neke zemlje koja su pokušale da sprovedu prikupljanje podataka o više vrsta droga naišle su na značajne teškoće. Na kraju je većina evropskih i ne evropskih zemalja bila u stanju da identifikuju osnovne droge godinama, uprkos poznatim teškoćama. Svaka modifikacija ovog koncepta treba da se uradi sa izuzetnom pažnjom, jer može da prouzrokuje fundamentalne promene za sve analize, trendove i ostale metodologije zasnovane na PPL podacima.

Pristup, gde primarna droga nije naznačena bi predstavljao visok rizik od razilaženja po zemljama u podacima i gubitak informacija. Dakle, pristup koji je usvojen omogućava prikupljanje dopunskih informacija o problemu sa upotrebom više vrsta droga, zadržavajući koncept primarnih droga i doslednost sa postojećim podacima i između zemalja.

Ova situacija nije jedinstvena za podatke o lečenju. Slična pitanja postavljena u podacima o smrtnosti. SZO, u svom ažuriranju MKB-10 klasifikacije za smrtne slučajeve ovezane sa drogom iz 2002-03, apostrofirala je isti problem i prioritetnu listu droga kako bi kodifikovali opasnije droge (u slučaju da sertifikovani lekar ne može da izvede zaključak).

Pogledajte EMCDDA SPD protokol 3.2

• <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html> (aneks 7, strana 64)

Ili SZO listu MKB-10

• <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>

2.1.10 Shvatanje rezultata testiranja na HIV ili HCV

HIV i HCV analiza rezultata prikazuje osnovne informacije o pristupu zdravstvenoj zaštiti klijenata (uglavnom onih koji praktikuju ubrizgavanje droge).

Namena

Informacije su korisne radi ukrštanja i dopune podataka sa informacijama klijenta o ponašanju tokom injektiranja (prikupljeni u PPL-u, s jedne strane, a sa druge strane iz drugih izvora informacija o zaraznim bolestima - standardna tabela 09). Krajnji cilj je da imamo potpuniju sliku o nivou testiranja na zarazne bolesti među klijentima koji su na lečenju.

Metodološka razmatranja

Veoma je važno da znate status injektiranja klijenta (uvek ili nijedanput) i svedene podatke treba uvek obezbediti i to po statusu injektiranja i po drogama.

Konzistentnost informacija prijavljenih putem PPL pokazatelja i informacija prijavljenih u ZBPD pokazatelju će biti detaljno procenjena, a u saradnji sa zemljama.

2.1.11 Deljenje igle/šprica

Postoji nekoliko modela deljenja opreme (igle, špricevi, filteri, rešenja vezana za droge, pozajmljivanje/iznajmljivanje opreme, deljenje sa partnerom, sa prijateljima, itd), što predstavlja značajan rizik ponašanja. deljenje igle i šprica je jedna od tih rizika ponašanja.

Nije moguće da obuhvati sve potencijalne obrasce razmene opreme vezane za korišćenje droge u evropskom sistemu za praćenje. Na nacionalnom ili lokalnom nivou, mnogo detaljnije informacije mogu biti prikupljene tamo gde su infektivne bolesti visoko rasprostranjene ili postoji rizik od povećanja rasprostranjenosti. Iz tog razloga, samo se traži da se informacije o deljenju igle/šprica prijave EMCDDA. Detaljnije informacije na evropskom nivou se prijavljuju preko drugih instrumenata (posebno ST 9).

Namena

Da prikuplja osnovne informacije o važnim rizičnim ponašanjima (deljenje igle/šprica), jer to može dovesti do pojave zaraznih bolesti.

Kriterijumi za uključivanje

- Svi klijenti koji su ikada injektirali drogu.

Kriterijumi za isključivanje

- Svi klijenti koji nikada nisu injektirali drogu.

Metodološka razmatranja

Informacija treba da se odnose na bilo koju vrstu injektiranja bilo koje droge.

2.1.12 Tretman supstitutima opijata (OST)

Opioidni zamenski tretman je dugoročna intervencija sa upotrebom supstanci protiv bolova sa ciljem smanjenja ili eliminisanja nezakonite upotrebe opioidnih supstanci, ili smanjenja štetnog uticaja određenog načina korišćenja i prateće opasnosti po zdravlje.

Namena

Da bi se bolje odredi nivo dostupnosti tretmana supstitutima. Da bismo proverili da li je klijent ponovno ušao u tretman ili je već bio u terapiji supstitutima pre. To će takođe pružiti informacije o životnom veku OST-a među onima koji ulaze u tretman zbog još neke problematične upotrebe droga i vremena koje su proveli koristeći je pre prvog OST tretmana.

Kriterijumi za uključivanje

- Klijenti koji su već tretirani u godini(ama) pre izveštajne.

Kriterijumi za isključivanje

- Klijenti koji nikada nisu bili tretirani pre izveštajne godine.

Metodološke specifikacije

Važno je da proverite da li je klijent prolazi tretman zamene sa datom supstancama i da li on/ona ranije prijavljena kao neko ko je zloupotrebljavao istu ili drugu zamensku supstancu. Ovo će biti korisno kao informacija provere kako bi se proverila prikladnost tretmana.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

2.2 Specifikacija

1. Tipovi centara za lečenje

1. centri za ambulantno lečenje
 2. centri za bolničko lečenje
 3. odeljenja za lečenje u zatvoru
 4. lekari opšte prakse
 5. agencije za socijalnu medicinsku pomoć
 6. drugo (molimo da se navede koji tip centra / programa za lečenje)
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Šest vrsta centara za lečenje predstavljenih iznad su najčešći tipovi centara gde se klijenti identifikuju i prijavljuju podatke, oni su takođe najčešće kontrolne tačke za ulazak u sistem lečenja.

Odeljenja za lečenje u zatvoru predstavljaju važnu ulaznu tačku evidentiranja za mnoge korisnike droga koji se inače ne bi pojavili na lečenju. Pored toga, pitanje droge i zatvora trenutno predstavlja visok prioritetno pitanje u evropskoj političkoj agendi i zaslužuje posebnu pažnju.

Za definisanje lečenja i klasifikaciju centara za lečenje koji nisu uključeni u tri grupe predstavljene gore, pogledajte poglavlje o definisanju lečenja i centara za lečenje.

Podsećamo da u izveštajnom obrascu prijave, defekt po vrsti centra za lečenje neće biti centralni i samo nekoliko defekata će biti prijavljeno po vrsti centra za lečenje (pogledajte 'metodološke informacije i odeljak o uključivanju podataka u obrazac).

2. Godina lečenja

/ _____ /

Metodološke specifikacije

Datum početka lečenja je od suštinske važnosti za stvaranje trenda analize tokom vremena i za izdvajanje vremenskih perioda (epizoda lečenja) za izveštavanje. Ovo omogućava dinamičke analize podataka o lečenju.

Mesec lečenja ne treba prijaviti EMCDDA, ali mora biti zabeležen na nacionalnom nivou i u centru za lečenje u cilju da se izbegne rizik od uračunavanja iste osobe dva puta u istom izveštajnom periodu.

3. Da li su ikada ranije lečeni?

1. nikada ranije nisu bili lečeni
2. prethodno su lečeni
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Takođe treba videti definiciju „prvog tretmana“ u delu o definiciji za klijente koji nikada pre izveštajne godine nisu bili lečeni. Ukoliko klijent ulazi u tretman više puta u istoj izveštajnoj godini, samo prva epizoda lečenja bi trebalo da bude evidentirana. Drugi prethodni tretmana može da se odnosi na prošlo lečenje zbog korišćenja bilo koje droge, koja može da se razlikuje od trenutne primarne droge. Duplo računanje treba izbegavati unutar iste zemlje što je više moguće u skladu sa mogućnostima svake zemlje.

4. Izvor uputa

1. sud/probni rad/policija
2. lekar
3. centar za lečenje drugim lekovima
4. druge zdravstvene i medicinske, ili socijalni servisi
5. obrazovni servisi
6. samoupućivanje, uput od porodice, prijatelja, itd; gde nijedna druga agencija/institucija nije uključena
7. drugi (navesti koji servisi)
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Izvor upućivanja pruža izvestan uvid u put kojim je klijent dospao na lečenje. Prema evropskoj analizi sprovedenoj u poslednjih 10 godina, uočeno je da je važno razumeti koji servisi, osim servisa koji tretiraju probleme sa drogom, su uključeni u upućivanje na lečenje. Cilj ove promenljive je da razume nivo uključenosti drugih servisa, zdravstvenih, socijalnih službi i institucija u vezi lečenja klijenta. Podaci o izvoru upućivanja također su važni da se proceni obim lečenja zbog zakonske obaveze. „Izvor upućivanja“ odnosi se na izvor koji je imao najveću ulogu u upućivanju klijenta na lečenje.

5. Pol

1. muški
2. ženski
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Osnovni epidemiološki podaci.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0**6. Starost na početku lečenja (u godinama)**

Starost: / ___ / ___ /

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Osnovni epidemiološki podaci.

7. Životni status (sa kim živi)

1. sam

2. sa primarnom porodicom (roditelji, itd)

3. sa partnerom

4. sa prijateljima i drugim ljudima (bez rodbinske veze)

5. u pritvoru

6. u institucijama/svratištima (ne u pritvoru)

7. drugi

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Osnovna svrha „sa kim živi“ kao aspekta životnog statusa je indirektna procena relacionog statusa klijenata. Situacija se odnosi na preovlađujuće stanje klijenta, ako on/ona živi u više od jednog ponuđenog konteksta u istom periodu. Životni statusu se odnosi na trenutnu situaciju: odnosi se na to gde je bio stalni boravak 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

8. Korisnici droga sa decom

1. nema decu

2. ima decu

2.1 ne živi sa decom

2.2 živi sa decom

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Stavka želi da proceni da li klijenti imaju decu i kakvi su životni uslovi korisnika droge i dece.

9. Životni status (gde žive)

1. stalan smeštaj
2. stalan smeštaj i/ili beskućnici
3. u pritvoru
4. drugi
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

„Gde žive“ je aspekt životnog statusa koji naglašava stabilnost životnih uslova. Klijenti u nestabilnim uslovima stanovanja su klijenti koji su živeli na različitim mestima (kuća prijatelja, ulica, svratišta, itd) koji se kreću sa jednog mesta na drugo u periodu pre ulaska u proces lečenja. Ukoliko klijent živi u nekoj instituciji, on bi trebalo da bude prijavljen u kategoriji 4 „drugi“, sa naznakom koja je institucija u pitanju. Situacija se odnosi na preovlađujuće stanje klijenta, ako on/ona živi u više od jednog gore navedenog konteksta u istom periodu. Životni statusu se odnosi na trenutnu situaciju: odnosi se na period od 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

10. Radni status

1. povremeno zaposlen
2. stalno zaposlen
3. studenti
4. nezaposleni/obeshrabreni
5. oni koji primaju socijalnu pomoć/penzioneri/domaćini-domaćice/invalidi
6. drugi
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Radni status pruža glavne informacije o ekonomskoj i socijalnoj integraciji klijenata i njegov ili njen svakodnevni život.

Preporučuje se da se prate Eurostatovi standardi koliko je to moguće, kako bi se omogućilo poređenje sa statistikama pokazateljima za opštu populaciju i kako bi se izbeglo preklapanje kategorija (npr. nezaposleni i neaktivni). Kategorije definisane od strane Eurostata u zvaničnoj statistici o radnom statusu su sledeće:

- Zaposleni = ljudi koji obavljaju najmanje jedan sat rada (za platu, profit ili dobit porodice) tokom poslednjih 30 dana.
- Studenti = ljudi koji pohađaju školu
- Nezaposleni = ljudi koji ne rade i aktivno traže posao
- Obeshrabreni = ljudi koji ne rade i ne traže posao, jer nisu mogli da nađu posao
- Pensioneri/domaćini-domaćice/invalidi = ljudi koji primaju beneficije socijalne zaštite zbog svoje penzije ili invaliditeta, ili su domaćini/domaćice.

Odnosi se na period od 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0**11. Najviši nivo završenog obrazovanja**

1. nikada nije išao u školu/nikad nije završio osnovnu školu (MSKO 0)
 2. osnovni nivo obrazovanja (MSKO = 1)
 3. srednja školska sprema (= MSKO 2 i MSKO 3)
 4. visoko obrazovanje (MSKO = 4 do 6)
99. ne zna/nema

Metodološke specifikacije

Obrazovanje je važna društveno-ekonomska kategorija podataka. Preporučuje se strože poštovanje MSKO ⁽⁵⁾ (Međunarodnog standardna klasifikacije obrazovanja) klasifikacije, kao i usvajanje specifičnih pravila prilagođavanja za svaku zemlju, koja su već implementirana za obezbeđivanje statističkih podataka na međunarodnom nivou.

Odnosi se na period od 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

⁽⁵⁾ Mora biti istaknuto da je revizija MSKO klasifikacije u toku; eventualna implikacija revidirane verzije će biti uzeta u obzir.

12. Primarne droge ⁽⁶⁾**1. Opidi (ukupno)**

11 heroin

12 zloupotreba metadona

13 zloupotreba buprenorfina

14 zloupotreba fentanila

15 drugi opidi (molimo navedite)

2. Kokain (ukupno)

21 prah kokaina HCl

22 kreč kokain

23 drugi (molimo navedite)

3. Drugi stimulansi osim kokaina (ukupno)

31 amfetamin

32 meta-amfetamin

33 MDMA i derivati

34 mefedron

35 drugi stimulansi (molimo navedite)

4. Hipnotici i sedativi (ukupno)

41 zloupotreba barbiturata

42 zloupotreba bezodiazepama

43 GHB/GBL

44 zloupotreba drugih hipnotika i sedativa (molimo navedite)

5. Halucinogene droge (ukupno)

51 LSD

52 ketamin

53 druge halucinogene droge (molimo navedite)

6. Isparljivi inhalanti**7. Kanabis (ukupno)****8. Druge supstance (ukupno) (molimo naznačite koje supstance)****99. Nije poznato**Metodološke specifikacije

Primarna droga je droga koja izaziva najviše probleme samom klijentu, kao što je i definisano u zahtevu klijenta i (ili) proceni stručnog lica.

Ova stavka treba uvek da bude popunjena, bez obzira da li klijent naknadno smatra da ima problema sa upotrebom više vrsta droga (što će biti dodatna informacija).

⁽⁶⁾ Imajte u vidu da nekoliko supstanci iz ovog spiska mogu da se proizvedu ilegalno (npr. fentanil i neki amfetamini) ili dobiju iz legitimnih izvora. Za potrebe ovog protokola, uključena su oba izvora.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

Neke nove droge su uključene u protokol. To su supstance koje su se pojavile u poslednjih nekoliko godina na tržištu narkotika, a zbog kojih je nemali broj ljudi ušao u proces lečenja zbog problema u vezi sa njihovom upotrebom. Ta klasifikacija ne prati naučnu klasifikaciju supstanci u skladu sa njihovim hemijskim principima i psihoaktivnim efektima (npr. kokain i drugi stimulansi su razdvojeni), pravila u administraciji, ili druge naučne kategorizacije. Umesto toga, usvojena je pragmatična klasifikacija, kako bi pomogli profesionalcima koji rade u centrima za lečenja da snime podatke.

Supstance koje su obuhvaćene su samo one koje stvaraju probleme klijentu, a po zahtevu klijenta i profesionalnoj proceni.

Grupisanje droga ne vrši se samo na osnovu farmaceutskih kriterijuma, već i na osnovu stvarnog iskustva profesionalca za rad sa narkomanima.

Drugi opoidi uključuju sve opoide koji nisu uključeni u prethodne kategorije (npr. poljski heroin). Ubacivanje fentanila među primarne droge uključuje i supstance proizvedene na nezakonitom tržištu i medicinske proizvode upotrebene van medicinske prakse.

Sledeće supstance su isključene iz primarnih droga:

- duvan;
- alkohol (uključen u sekundarne droge);
- lekovi koji se koriste u medicinske svrhe po lekarskom receptu.

Odnosi na period od 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

13. Uobičajeni način uzimanja primarnih droga

1. injektiranje
 2. pušenje/udisanje
 3. jedenje/pijenje
 4. šmrkanje
 5. drugi načini
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Injektiranje droge predstavlja osnovni oblik rizičnog ponašanja za korisnika droga. To je od posebne važnosti u pogledu zaraznih bolesti (hepatitis, HIV), kao i drugih bolesti i povreda, pa je smanjenje injektiranja cilj mnogih programa smanjenja takvog štetnog ponašanja. „Uobičajeni put administracije“ se odnosi na način izdavanja primarne droge.

Pušenje/udisanje se odnosi na korišćenje supstanci preko disajnih puteva (kroz nos ili traheje) i oni se tiču supstanci koje se uzimaju u obliku pare.

Šmrkanje se odnose na nazalne puteve i na supstance u obliku praha.

Odnosi na period od 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

14. Učestalost korišćenja primarnih droga

1. dnevno
 2. 4-6 dana u nedelji
 3. 2-3 dana u nedelji
 4. jednom nedeljno ili manje
 5. ne koristi u poslednjih 30 dana
99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Učestalost korišćenja droge je primarni pokazatelj težine slučaja korisnika droge.

U svim drugim slučajevima odnosi na period od poslednjih 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

15. Starost na početku korišćenja primarnih droga (u godinama)

Starost: / ____ /

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Negativni efekti droga se često povećavaju tokom vremena. Trajanje upotrebe droge može biti računato na osnovu starosti u toku prve upotrebe i starosti na početku lečenja. Epidemiološki, starost kod prve upotrebe je pokazatelj doba kada je rizik od početka upotrebe droge najveći. Praćenja dugoročnih trendova mogu pomoći u razvoju preventivnih aktivnosti.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0**16. Sekundarne droge (7)****1. Opidi (ukupno)**

- 11 heroin
- 12 zloupotreba metadona
- 13 zloupotreba buprenorfina
- 14 zloupotreba fentanila
- 15 drugi opidi (molimo navedite)

2. Kokain (ukupno)

- 21 prah kokaina HCl
- 22 kreč kokain
- 23 drugi (molimo navedite)

3. Drugi stimulansi osim kokain (ukupno)

- 31 amfetamin
- 32 meta-amfetamin
- 33 MDMA i derivati
- 34 mefedron
- 35 drugi stimulansi (molimo navedite)

4. Hipnotici i sedativi (ukupno)

- 41 zloupotreba barbiturata
- 42 zloupotreba benzodiazepama
- 43 GHB/GBL
- 44 zloupotreba drugih hipnotika i sedativa (molimo navedite)

5. Halucinogene droge (ukupno)

- 51 LSD
- 52 ketamin
- 53 druge halucinogene droge (treba ih navesti)

6. Isparljivi inhalanti**7. Kanabis (ukupno)****8. Alkohol kao sekundarna droga (ukupno)****9. Druge supstance (ukupno) (molimo naznačite koje supstance)****99.nije poznato**Metodološke specifikacije

Supstance koje su obuhvaćene su samo one koji stvaraju probleme klijentu po zahtevu klijenta i prema profesionalnoj proceni.

Ukoliko klijent ne koristi sekundarni droge, ove stavke treba da ostane prazne.

(⁷) Isti kriterijumi za poreklo supstanci (ilegalna proizvodnja ili nabavka) kao i kod primarnih droga.

27

Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

Do četiri vrste droga mogu biti prijavljene. U podacima obrazaca za prijavu, treba da bude naveden maksimalan broj prijavljenih droga.

Za potrebe izveštavanja EMCDDA, redosled popunjavanja u sekundarnim drogama će biti u skladu sa njihovim klinički značajem za problem sa drogom koji klijent ima. Samo ako to nije moguće, redosled popunjavanja sekundarnih droga će biti (ako postoje prikupljene informacije); prvo supstance koje se koriste putem injekcije, a zatim po učestalosti korišćenja. Ako ništa od gore navedenog nije moguće, redosled će biti onaj koji je već na listi supstanci.

Tačan korišćeni kriterijum će biti objašnjen u metodološkom delu odgovarajuće tabele.

Alkohol je uključen kao sekundarna droga.

Isključeni su duvan i lekovi koji se koriste u medicinske svrhe i po lekarskom receptu.

Drugi opoidi uključuju sve opoide koji nisu uključeni u prethodne kategorije, kao što je poljski heroin.

Ovo se odnosi na period od 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

17. Da li postoji problem sa korišćenjem više vrsta droga?

1. da

2. ne

99. nije poznato

Metodološka razmatranja

Problem sa korišćenjem više vrsta droga se odnosi na to kada su dve ili više droga uključene u problem koji klijent ima sa drogom, a u isto vreme veoma je teško proceniti koja je primarna droga što uzrokuje ulazak u proces lečenja. Ovaj koncept će biti korišćen veoma ograničeno kao što je navedeno u MKB-10 (videti definiciju).

Ova stavka treba uvek da bude popunjena, čak i ako se samo jedna droga koristi (ili primarna droga može da bude utvrđena sa razumnom tačnošću među nekoliko korišćenih supstanci), a klijent NIJE korisnik više vrsta droga (u tom slučaju odgovorite NE na ovo pitanje).

Međutim, čak i u slučaju klijenta za kog je primarnu drogu veoma teško utvrditi, uvek primarna droga treba da bude izabrana, prateći indikatore u smernicama i konkretnu primenu procedure koja se koristi na nacionalnom nivou do danas (npr. zahtev klijenta, kliničke procene, standardna skala zavisnosti, učestalost korišćenja, dogovorena hijerarhija supstanci, itd.)

Ovo se odnosi na period od 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

18. Terapija supstitutima opijata (OST)

1. nikada nije bio u OST

2. uvek je bio u OST

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

OST se obično naziva „tretman supstitutima“. Tretman supstitutima se definiše kao „primena tretmana opoidnim lekovima protiv bolova, a to se radi od strane iskusnih ili akreditovanih stručnjaka, u okviru priznate medicinske prakse, za postizanje definisanih ciljeva lečenja“. Ovaj tretman je često predviđen u kombinaciji sa psihosocijalnom pomoći. Ove promenljive će pomoći da se bolje odredi nivo dostupnosti lečenja koji se pruža supstitutima i omogućiće informacije o opoidom supstitutivnom lečenju među onima koji ulaze proces lečenja zbog još jedne problematične supstance.

Samo klijenti koji su prethodno lečeni treba da budu uključeni.

28

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

19. Uzrast na početku terapije supstitutima opijata(OST)

1. Starost na početku OST: / _____ /

99. Starost nije poznata

Metodološke specifikacije

Ova promenljiva u kombinaciji sa podacima o starosti na početku korišćenja primarne droge i uzrast prilikom prvog ubrizgavanja će doprineti da se pruže informacije o dužini opioidne zamenske terapije među onima koji ulaze u proces lečenja zbog još jedne problematične supstance. Ovu stavku treba popuniti samo za osobe koje su bile u OST pre nego što je proces lečenja počeo.

20. Oni koji ikada ili trenutno injektiraju droge

1. nikada ne injektiraju

2. ikada su injektirali

2.1 injektiraju, ali ne i u poslednjih 12 meseci

2.2 injektirali su u prošloj godini, ali ne i u poslednjih 12 meseci

2.3 injektirali su u poslednjih 12 meseci, ali ne u poslednjih 30 dana

2.4 trenutno injektiraju (u poslednjih 30 dana)

3. ne žele da odgovore

99. nije poznato

Metodološke specifikacije

Ova promenljiva se odnosi na ponašanje u vezi sa ubrizgavanjem svih, a ne samo primarnih droga. Ova stavka identifikuje ubrizgavanje bilo koje droge, ona je dobar pokazatelj rizičnog ponašanja. Ovo je od posebnog značaja u pogledu prenosa zaraznih bolesti (hepatitis, HIV), kao i drugih bolesti i povreda i pitanja smanjenja štetnih posledica. Injektiranja koja se koriste za medicinske svrhe treba isključiti (dijabetes, itd.)

21. Uzrast prilikom prvog injektiranja (u godinama)

Uzrast: / _____ /

99. nije poznato

Metodološka razmatranja

Ova promenljiva treba da se popunjava za sve ljude koji su ikada injektirali drogu. Ako ljudi nisu injektirali bilo koju drogu, to polje bi trebalo da ostane prazno.

22. Testiranje na HIV

1. oni koji su se testirali

1.1 testirali, ali ne u poslednjih 12 meseci

1.2 testirali u poslednjih 12 meseci

2. nikada se nisu testirali

3. ne žele da odgovore

99. nije poznato

Metodološka razmatranja

Ova stavka se tiče aktivnosti testiranja i može da bude korisna informacija koja može da se uporedi sa ponašanjem korisnika droge (injektiranje, deljenje igala). Snažno se preporučuje da se proverí istorija testiranja ukoliko je to moguće.

23. HCV testiranje

1. nikada se nisu testirali

2. testirali su se

2.1 testirali, ali ne u poslednjih 12 meseci

2.2 testirali u poslednjih 12 meseci

3. ne žele da odgovore

99. nije poznato

Metodološka razmatranja

Ova stavka se tiče aktivnosti testiranja i može da bude korisna informacije koja može da se uporedi sa ponašanjem korisnika droge (ubrizgavanje, deljenje igala).

24. Deljenje igle/šprica

1. nikada se ne ustupaju igle ili špricovi

2. uvek se koriste zajednički igle ili špric

2.1. dele se, ali ne u poslednjih 12 meseci

2.2 dele se u poslednjih 12 meseci

2.3 trenutno se dele (u poslednjih 30 dana)

3. ne žele da odgovore

99. nije poznato

Metodološka razmatranja

Ova informacija treba da bude tražena samo ako je klijent ikada upražnjavao injektiranje. Ukoliko klijent nikada nije praktikovao injektiranje ova stavka treba da ostane prazna.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

3. Metodološka i etička pitanja

Pored opštih principa istaknutih u prvom delu protokola, potrebno je objasniti i specifična metodološka pitanja koja su od značaja za prikupljanje podataka i izveštavanje.

Da bi se doveo u kontekst PPL izveštaj svake zemlje važno je imati pristup metodološkim informacijama. Prostor za specifikaciju metodologije koristi se za prikupljanje podataka koji su uključeni u EMCDDA obrazac izveštavanja (pogledajte podatke iz obrasca izveštavanja). U svakom tabelarnom prikazu ostavljen je i deo prostora za komentare, posebno će biti važno da se koristi taj prostor onda kada se podaci određene zemlje razlikuju u odnosu na EMCDDA smernice ili ima specifičnosti koje se ne mogu razumeti samo iz kvantitativnih podataka.

3.1 Vremenski referentni period

Referentni period za ceo protokol razmatra trenutnu situaciju klijenta (profil i obrasce korišćenja droga) u poslednjih 30 dana (1 mesec) pre nego što započne proces lečenja. Ovo je opšte pravilo za sve promenljive uključene u protokol, osim ako nije primenljivo ili je drugačije precizirano. Međutim, da bi bili precizniji, pokazatelj referentnog perioda je uvek naznačen. Ako nije naveden, to znači da to nije primenljivo, ali obično je to razumljivo iz konteksta svake stavke (npr. oni koji su nekada injektirali, starost pri prvom OST, itd.).

3.2 Obrasci upotrebe droga: napomene o drogama

Podaci o obrascima upotrebe droga - uzrast prilikom prve upotrebe droge, administracija, učestalost korišćenja, odnosi se na primarne droge. Stavke kao što su te da li je ikada injektirao, uzrast pri prvom injektiranju injekcije koja se odnosi na bilo koji lek. To je, međutim, precizirano za svaku stavku.

3.3 Pokrivenost

Informacija o pokrivenosti podataka je potrebna da bi se razumeo kontekst PPL podataka u svakoj zemlji i njegov nivo reprezentativnosti.

Prvo, procena PPL pokrivenosti treba da se odnosi na one centre od kojih se očekuje da izveštavaju kao deo PPL sistema izveštavanja. Pored toga, procena, čak i ona približna, trebalo bi da budu u opsegu kojim PPL sistem izveštavanja pokriva ukupan sistem lečenja u zemlji. Ovo će biti pod uticajem dostupnosti i organizacije nacionalnog sistema lečenja i sistema upućivanja, kao i zakonodavstva vezanog za droge.

Rezultati iz PPL analize podataka pokazuju da postoje i zajedničke karakteristike i suštinske razlike među zemljama, verovatno zbog nacionalnih razlika u karakteristikama problema sa drogama, u sistemima za lečenje, kao i u sistema izveštavanja i njihovom kvalitetu podataka. Neke razlike su obavezne zbog razlika u pogledu toga koje vrste objekata za lečenje i/ili grupe klijenata nacionalni sistem pokriva. Specifični EMCDDA projekat sproveden je 2007. i 2008. godine (Iversen, 2009.) gde je isticano pitanje pokrivenosti podataka koje treba razmotriti kada se prikupljaju podaci o zahtevu za lečenjem. Istraživanje u nekim zemljama je ukazala na potrebu da se imaju bolje informacije o dostupnosti lečenja i kapaciteta, kako bi se razumeo kontekst PPL podataka. Ova informacija je delimično uključena u metodološke informacije i delimično prijavljena preko drugih EMCDDA alata koji su fokusirani na dostupnost/kapacitet lečenja (standardna Tabela 24 i strukturisani upitnik 27). Konačne preporuke projekta naglasile su potrebu da se:

- procene o pokrivenost detaljnije uključuju u podacima sistema za kontrolu kvaliteta PPL (...);
- ohrabre države da razviju sistem za praćenje ustanova za lečenje i kapaciteta za lečenje;
- ohrabre države da projektuju sistem koji će uvesti obavezno izveštavanje iz ambulantnog i bolničkog lečenje bolesti zavisnosti (centri/jedinice), uključujući i izveštavanje o kapacitetu podataka, kao i postojeće PPL podatke.

3.4 Kvalitet podataka

Kvaliteta podataka je izuzetno važan u korišćenju podataka o drogama, posebno u evropskom setu podataka, pri čemu informacija treba da bude što je moguće više uporediva po zemljama i konzistentna tokom vremena. Međutim, kontrola kvaliteta podataka je kompleksna aktivnost, naročito kada se radi o podacima iz različitih zemalja koji se prijavljuju u zbirnom obliku.

Podaci o zahtevu za lečenjem koje zemlje obezbeđuju se rutinski potvrđuju kada su prijavljuju EMCDDA. Osnovna validaciona procedura se redovno sprovodi sa potpunim podacima, dosledno, pravovremeno, uzimajući u obzir probleme u broju i procenama koji se znatno razlikuju od opšte slike Evropske unije. Metodološke informacije se takođe redovno proveravaju da se stekne detaljno poznavanje informacionog sistema i stvarne primene metodoloških smernica tokom prijavljivanja podataka.

Pored rutinske kontrole kvaliteta podataka koje se vrši svake godine, poseban sistem za procenu kvaliteta podataka za sve ključne indikatore je sproveden u 2008. Sistem je primenjen na PPL podatke i obuhvata procenu aspekata u vezi sa dve oblasti izveštavanja podataka: proces izveštavanja i kvalitet podataka. Procena kvaliteta podataka je sprovedena u saradnji sa NKT-ma i PPL stručnjacima.

Što se tiče procesa, procena se odnosila na sledeće aspekte: organizacija sistema izveštavanja, finansije i ljudski resursi koji su posvećeni prikupljanju podataka, pravni osnov za prikupljanje podataka, procenu kvaliteta, praćenje napretka i glavnih prepreka za implementaciju PPL. U oblasti kvaliteta podataka, evaluacija usmerena na dostupnost podataka na nacionalnom nivou i izveštavanje podataka na evropskom nivou, usklađivanje sa EMCDDA smernicama, pravovremenost, pokrivenost podataka i interna doslednost podataka.

Rezultati te procene su pokazali da je većina zemalja postigla značajan napredak u sprovođenju PPL smernica u poslednjih nekoliko godina, a nivo uporedivosti podataka je značajno poboljšan, ali su u nekim oblastima i dalje potrebna poboljšanja.

Informacije o pokrivenosti su prilično sveobuhvatane u mnogim zemljama; posebno u pogledu broja izveštajnih jedinica u odnosu na one koje već funkcionišu u zemljama. Mnogo je teže da se dobiju informacije o broju i proporciji pokrivenosti klijenata, gde potrebnije dubinske i tačnije informacije da se bolje razume reprezentativnosti nivoa prijavljenih podataka.

Kada je reč o procesu, veliki napredak je postignut u organizovanju rada na nacionalnom nivou: u većini zemalja osnovane su formalne radne grupe, posebno zakonodavstvo je usvojeno da bi olakšalo prikupljanje podataka, a informacioni sistem je napredovao u pogledu metodologije i tehnologija; ove korake napretka podržavaju odgovarajući podaci izveštavanja i na nacionalnom i evropskom nivou. Ipak, neki problemi i dalje ostaju, pre svega se odnose na dostupnost finansijskih i ljudskih resursa, usklađivanje sa specifičnim evropskim standardima i motivisanost partnera za prikupljanje podataka i njihovu pristupačnost.

3.5 Duplo brojanje

U ovom kontekstu, „duplo brojanje“ se odnosi na činjenicu da klijent može da bude registrovan više od jednom u bazi podataka praćenja lečenja u datoj godini. Ovo može biti iz više razloga, uključujući i nedostatak komunikacije između centara lečenja, nepostojanje jedinstvenog sistema kako bi se omogućilo unakrsno proveravanje i drugi razlozi. Duplo brojanje dovodi do toga da ukupan broj lečenih lica bude precenjen.

Na osnovu bazičnog principa da ono što treba računati su pojedinci, a ne epizode lečenja, duplo računanje treba izbegavati koliko god je to moguće na bilo kom nivou, od centara za lečenje do lokalnog, regionalnog, nacionalnog ili međunarodnog nivoa. Naravno, ovo pravilo će se primenjivati s obzirom na nivo stvarne izvodljivosti i ograničenja na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou (tehnoloških i metodoloških instrumenata, finansijskih i ljudskih resursa, pravnog okvira, uključujući zakonske prepreke zbog pravila o zaštiti podataka).

Nekoliko tehnika je već primenjeno u nekim zemljama (Origer, 1996.), od najčešćih, kao što su kontrola duplog brojanja u registru kroz jedinstvene identifikatore date za pojedince (obično na osnovu algoritma koji koristi ime i datum rođenja), nekim prilično sofisticiranim tehnikama, kao što je upotreba digitalnih otisaka (npr.

Holandija).

32

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

U idealnoj situaciji, maksimalni nivo kontrole duplog brojanja podrazumeva da zemlje imaju neki oblik centralnog registara, gde se evidentira sve o pojedincima, sa nekim oblikom jedinstvenog identifikatora da bi se izbeglo dupliranje. Ovaj registar treba da ispuni sve uslove koji garantuju zaštitu podataka. Druga najbolja opcija je postojanje regionalne baze podataka koja može da kontroliše duplo brojanje u značajnoj meri. Ako centralni ili regionalni registar ne postoji ili nije moguće sprovesti implementaciju iz bilo kog razloga, uključujući pravne, administrativne, finansijske razloge, organizacija lečenja treba da pokuša da sprovede metode za obavljanje provere podataka pre lečenja (npr. elektronskim putem i/ili da pita direktno klijenta ako je on/ona ikada bila u lečenju pre i/ili tražeći podatke od drugih centara za lečenje koji mogu da imaju prethodne kontakte sa klijentom).

U proceni kvaliteta podataka obavljenog 2008. godine na podacima koji su prijavljeni EMCDDA od strane evropskih zemalja, izbegavanje dvostrukog brojanja je izgleda postalo sasvim uobičajeno među zemljama, a samo dve zemlje nemaju ili imaju ograničeno duplo brojanje. Od 26 zemalja u kojima takva kontrola postoji, za devet ona postoji na regionalnom ili nivou centra za lečenje a u 17 na nacionalnom nivou.

3.6 Etička pitanja i zaštita podataka

Gde se lečenje problema sa drogama odvija, tamo se vode i beleške o upotrebi droga i snagama i slabostima klijenata. Koraci u lečenju koji se obično planiraju na osnovu formalnih dijagnoza ili na osnovu sagledavanja problema zahtevaju pažnju profesionalaca ili tima profesionalaca. Ciljevi se kontinuirano prate tokom lečenja i ishod se procenjuje na kraju. Informacije se prikupljaju prvenstveno u cilju poboljšanja brige o klijentima.

Prikupljanje podataka i izveštavanje, pored kliničke svrhe, ima opseg da sakupi osnovne informacije o epidemiološkoj situaciji da podrži zdravstvene intervencije na osnovu dokaza i da pruži podršku efektivnom i efikasnom načina lečenja problema sa drogom.

Za svaki nivo informacija (npr. klinički, regionalni, nacionalni, međunarodni, itd), moraju biti razmotrena nacionalna i međunarodna pravila poverljivosti i zaštite podataka, kao i prava klijenata, zaposlenih i centara za lečenje. Ovo je posebno slučaj kod specifičnih centara lečenja, kao što je lečenje u zatvoru, gde se mora veliku pažnju posvetiti etičkim pitanjima (zaštita podataka, privatnosti, ljudskih prava), kada se podaci prikupljaju i objavljeni.

Ove smernice treba čvrsto da se drže prihvaćenih kodeksa koji upravljaju zaštitom podataka, privatnošću i istraživanjima u različitim zemljama. Pristup sirovim podacima se mora ograničiti samo na ovlašćene stručnjake. Korišćenje podataka i procedura koji regulišu objavljivanje rezultata treba da se raspravlja i dogovora od strane onih koji su uključeni (oni koji pružaju usluge, menadžeri, političari, naučnici itd.)

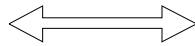
EMCDDA (sa PPL protokolom 3.0, kao što je bio slučaj sa PPL protokolom 2.0) ne želi da se razvije centralnu bazu podataka pojedinaca, koji ulaze ili koji su na lečenju, na evropskom nivou. Svi podaci se prikupljaju, pažljivo spravjuju i zadržavaju u zemljama, uz strogo poštovanje prihvaćenih etičkih standarda, a samo zbirni podaci su objedinjeni i analizirani za komparativne svrhe na evropskom nivou. Individualni skupovi podataka, međutim, mogu povremeno biti potrebni EMCDDA-u, kao što je to slučaj i u drugim oblastima istraživanja, za specifične studije, ali samo po dogovoru sa zemljama.

4. Definicija slučaja: grafički opis

Slučajevi koji treba da budu uključeni i isključeni iz izveštaja EMCDDA, a NE nužno od prikupljanja podataka na nacionalnom ili lokalnom nivou.



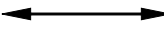







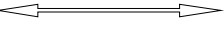


Treba da budu uključeni

Treba da budu isključeni








Klijent	Epizoda lečenja/ aktivnost	Centar za lečenje	Prethodna godina	Tekuća godina	Sledeća godina	Specifikacija	Treba da bude prijavljen EMCDDA
A	A1	1				Klijent A je na stalnom lečenju, sa početkom u prethodnoj godini, nastavljajući ga tokom tekuće godine i u narednoj godini. Nema dodatnih tretmana. Nijedan tretman nije prijavio za tekuću godinu	
B	B1	1				Klijent B je na stalnom lečenju, sa početkom u prethodnoj godini, nastavljajući ga tokom tekuće godine i u narednoj godini. Drugi tretman se javlja tokom tekuće godine u istom centru za lečenje. Nijedan tretman nije prijavljen za tekuću godinu. (Napomena, često će B2 biti aktivnost lečenja – npr. kratkoročno savetovanje-komplementarna terapiji B1 - npr. dugoročno OST - obavlja se planski za isti problem sa drogom koji je nastao pri ulasku u proces lečenja	
B	B2	1					
C	C1	1				Klijent C je na stalnom lečenju, sa početkom u prethodnoj godini, nastavljajući ga tokom tekuće godine i u narednoj godini. Još tri tretmana se javljaju u toku tekuće godine, u istom i dva različita centra za lečenje, nije prijavljeno lečenje za tekuću godinu.	
C	C2	1					
C	C3	2					
C	C4	3					
D	D1	1				Klijent D na lečenju od prethodne godine, nema novog lečenja tokom tekuće godine, ima početak lečenja u narednoj godini, u istom ili drugom centru za lečenje. Nema evidencije lečenja za tekuću godinu.	
D	D2	Bilo koji					

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

E	E1	1				Klijent E ulazi u proces lečenja po prvi put u toku tekuće godine. Lečenje se prijavljuje za tekuću godinu, kao prvo lečenje.	X
Klijent	Epizoda lečenja	Centar za lečenje	Prethodna godina	Tekuća godina	Sledeća godina	Specifikacija	
F	F1	1				Klijent C počinje lečenje po prvi put u toku tekuće godine. Lečenje se nastavlja u narednoj godini. Lečenje je zabeležena u tekućoj godini, kao prvo lečenje.	X
G	G1	2				Klijent G ulazi u proces lečenja po prvi put u toku tekuće godine, nakon lečenja u toku tekuće godine, u okviru istog ili različitog centara za lečenje. Samo G1, prvo lečenje u tekućoj godini je prijavio kao prvo lečenje.	X
G	G2	2					
G	G3	3					
H	H1	1				Klijent H ima tretman u prethodnoj godini koja se završava sa krajem lečenja. Novi tretman započinje u toku tekuće godine, u istom ili drugom centru za lečenje, i proteže se na narednu godinu. Lečenje u tekućoj godini je prijavljeno.	X
H	H2	Bilo koji					
I	I1	2				Klijent I je imao lečenje u prethodnoj godini koja se završava sa kraja lečenja. Novi tretman započne u tekućoj godini u istom centru za lečenje. Drugi tretman započne u tekućoj godini u drugom centru za lečenje. Lečenje I2 je prijavljeno na osnovu toga što je to prvo lečenje u toku godine. Lečenje I2 je prijavljeno kao prethodno lečenje.	X
I	I2	2					
I	I3	3					
J	J1	1				Klijent J. je ušao u proces lečenja u prethodnoj godini i to lečenje se nastavlja u tekućoj godini. Nakon toga, u dalje lečenje je ušao tokom tekuće godine u istom centru za lečenje. Pod uslovom formalnog završetka lečenja zaključenog prvog lečenja, lečenje u koje se ušlo tokom tekuće godine je prijavljeno kao prethodno lečenje.	X
J	J2	1					
K	K1	1				Klijent K. je ušao u proces lečenja u prethodnoj godini i lečenje se nastavlja u tekućoj godini. Nakon toga, u dalje lečenje je ušao tokom tekuće godine u istom centru	X
K	K2	1					

Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

					za lečenje. Pod uslovom da je prošlo 6 meseci bez kontakta između prvog i drugog lečenja, lečenje u koje se ušlo tokom tekuće godine se prijavljuje kao prethodno lečenje.	
L	L1	1			Klijent K. je ušao u proces lečenja u prethodnoj godini i lečenje se nastavlja u tekućoj godini. Nakon toga, u dalje lečenje se ušlo tokom tekuće godine u drugom centru za lečenje. Pod uslovom formalnog završetka lečenja zaključenog prvog lečenja, lečenje u koje se ušlo tokom tekuće godine je prijavljeno kao prethodno lečenje.	X
L	L2	2				
M	M1	1			Klijent K. je ušao u proces lečenja u prethodnoj godini i lečenje se nastavlja u tekućoj godini. Nakon toga, u dalje lečenje se ušlo tokom tekuće godine u drugom centru za lečenje. Pod uslovom da je prošlo 6 meseci bez kontakta između prvog i drugog lečenja, lečenje u koje se ušlo tokom tekuće godine se prijavljuje kao prethodno lečenje.	X
M	M2	2				

Napomena: slučajevi J, K, L i M mogu se smatrati varijacijama sličnih situacija, radi bolje ilustracije. Oni predstavljaju klijente koji su bili na lečenju na početku godine, a onda je epizoda lečenja zaključena i nova epizoda je (da se naglasi) započeta kasnije tokom godine. Slučajevi predstavljaju kombinaciju dve mogućnosti, kada je epizoda lečenja formalno okončana i kada je prekinuta, te kada je naredna epizoda započeta u istom centru, a kada u drugom centru.

5. Bibliografija

CORDROGUE 67, Council of the European Union (2001), 'Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators on drugs, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction'.

Donmall, M. (2008), 'Personal communication'.

EMCDDA (2010), '2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

EMCDDA Management Board (2001), 'EMCDDA recommendation on the five harmonised key indicators', pp. 1–13.

European Addiction Research (1999), *European Addiction Research* 5(4).

European Union (2003), 'Council Recommendation of the 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence'.

Hartnoll, R (1994), *Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol*.

EMCDDA, (2011), 'Treatment demand indicator (TDI)', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).

Iversen, E (2009), *Coverage assessment of data collected in the framework of the treatment demand indicator* (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>).

Manchester University, DH NTA (2010), Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) 1 April 2009–31 March 2010 (available at: <http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>).

Origer, A (1996), *EMCDDA Epidemiology Work Programme 1996. Procedures to Avoid Double Counting in Drug Treatment Reporting Systems*, Luxembourg.

SAMHSA (2009), *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights — 2007* (available at: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>).

Simon, R. and Pfeiffer, T. (1999), *Field trial of implementation of a standard protocol to collect information on treatment demand in EU Member States. Final report on behalf of the EMCDDA*, Munich.

Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Luckett, C. and Stauffacher, M. (2000), 'The Treatment demand indicator (TDI) Standard Protocol 2.0', pp. 2–36 Lisbon (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>).

Stauffacher, M. and Kokkevi, A. (1999), 'The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: The First Pan-European Standard in the Field', *European Addiction Research* 5(4), pp. 191–6.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

6. Forma izveštaja

Predložena lista ukrštenih tabela koje treba da se prijave na osnovu revidiranog PPL protokola verzija 3.0 je opisana ispod.

Ključna komponenta ovog PPL protokola se sastoji od skupa definicija (definicija slučaja, definicija lečenja, itd) i jezgrovite listu varijabli koje se prikupljaju od strane svih zemalja na usaglašen način. Jezgrovita lista promenljivih zahteva minimum za prikupljanje podataka i zemlje mogu da prikupljaju dodatne promenljive na nacionalnom ili lokalnom nivou, koje one smatraju neophodnim za nacionalne informacione potrebe.

Informacije se prijavljuju EMCDDA kroz Fonte sistem, u šablon ili obrazac sa podacima, koji se sastoji od odabranog broja dogovorenih ukrštenih tabela. Ovaj set ukrštenih tabela predstavlja izbor između više mogućih kombinacija promenljivih. Izbor ukrštenih tabela ima za cilj da obuhvati najviše relevantnih i korisnih informacija zadržavajući teškoću izveštavanja u razumnim granicama.

Prethodna struktura za izveštavanje se sastoji od posebnog izveštaja za svaki od mogućih pet vrsta centara za lečenje. Nova struktura za izveštavanje se sastoji od jednog izveštaja. Informacije o vrsti centra za lečenje i dalje će biti prikupljeni, ali kao promenljive u ograničenom broju ukrštenih tabela.

Da bi se omogućilo validno poređenje neophodno je prikupiti neke ukrštene tabele iz tri kategorije: prethodno tretirani klijenti koji ulaze u proces lečenja u toku kalendarske godine, nikada ranije tretirani učesnici u lečenju i ukupan broj prijavljenih. Ovo će omogućiti poređenje prethodno lečenih učesnika i onih učesnika koji nikada ranije nisu lečeni, dok kategorija „ne zna se“ ili „nedostajuća kategorija“ treba da bude izračunata oduzimanjem.

Primarna droga je glavna promenljiva pomoću koje se upoređuju druge promenljive. To odražava širok spektar droga za koje je lečenje dostupno i postoji verovatnoća da će karakteristike klijenta da se razlikuju zavisno od primarne droge.

Velika većina prikupljenih informacija ostaje na osnovu promenljivih koja je postojale u prethodnom protokolu gde su prikupljene u prethodnom obrascu prijave. Međutim, ograničen broj novih varijabli je uključen da pokrije važne oblasti kao što su upotreba više vrsta droga i izloženost infekcijama. Pored toga, kategorizacije nekih postojećih varijabli su prilagođene da se poboljša usklađenost sa međunarodnim normama i da se ukloni dvosmislenost.

Predloženi šablon će biti pilot projekat i biće procenjivana izvodljivost izveštavanja i korisnost rezultata. Konačna odluka o obrascu prijave će biti doneta na osnovu ovog pilota projekta i uz konsultacije sa zemljama koje podnose izveštaje tokom stručnih i sastanaka NKP u 2012. Očekuje se da će podaci na osnovu ovog obrasca prijave biti dostavljeni EMCDDA 2014. godine

Predloženi „obrazac prijave podataka“ se sastoji od jednog šablona sa 68 tabela i 44 metodološka pitanja.

Nacrt Fonte šablona je dat kao poseban aneks u pdf formatu.

- Šablon sadrži 68 tabela i 44 metodološka pitanja (koja korespondiraju sa 11.960 tačaka sa podacima).
- Istaknute su grupe i sektori.
- U svim matricama dozvoljeni su samo brojevi.

1. Uvod

2. Izvor

- 2.1. EMCDDA godišnja zbirka
- 2.2. Zemlja
- 2.3. Godina lečenja

3. Metodološke informacije

3.1. Pokrivenost

- 3.1.1. Pokrivenost po vrsti centra za lečenje
- 3.1.2. Broj jedinica u zemlji (svih jedinica u zemlji uključujući i one koji nisu u skladu sa protokolom PPL - navedite izvor ovih vrednosti u napomenama)
- 3.1.3. Procenat pokrivenih slučajeva (procenat slučajeva u odnosu na ukupan broj predmeta koji se tretiraju u zemlji - uključujući i slučajeve koji nisu u skladu sa PPL protokolom)
- 3.1.4. Geografska pokrivenost (nacionalna ili regionalna)
- 3.1.5. Geografska pokrivenost (dodatne informacije)
- 3.1.6. Primedbe

3.2. Svi oni koji su ušli u proces lečenja

- 3.2.1. Definicija slučaja
- 3.2.2. Kontrola duplog brojanja
- 3.2.3. Kako se prave razliku između klijenata koji nikada ranije nisu bili lečeni i prethodno lečenih
- 3.2.4. Kako je početak lečenja definisan u vašoj zemlji
- 3.2.5. Kako je kraj lečenja definisan u vašoj zemlji

3.3. Definicija centara za lečenje

- 3.3.1. Kako su ambulantni centri za lečenje definisani u vašoj zemlji i koji tipovi ustanova su uključeni u ovu vrstu centra za lečenje
- 3.3.2. Kako su centar za bolničko lečenje definisani u vašoj zemlji i koji tipovi ustanova su uključeni u ovu vrstu centra za lečenje
- 3.3.3. Kako su zatvorske jedinice za lečenje definisane u vašoj zemlji i koji tipovi ustanova su uključeni u ovu vrstu centra za lečenje.
- 3.3.4. Kako su drugi tipovi lečenja definisani u vašoj zemlji, i koji tipovi objekata su uključeni u ovu vrstu centra za lečenje.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

3.3.5. Da li postoje objekti za lečenje u PPL protokolu koji ne omogućavaju lečenje u vašoj zemlji (npr.: socijalna služba, lekari opšte prakse, itd.)

3.4. Karakteristike izvora podataka

- 3.4.1. Ime sistema monitoringa
- 3.4.2. Metod prikupljanja podataka
- 3.4.3. Definicija epizoda lečenja
- 3.4.4. Bibliografski podaci

3.5 Primedbe

- 3.5.1. Primedbe u vezi sa metodološkim informacijama

4. Socijalno-demografske informacije

4.1. Status lečenja po vrsti centra za lečenje

- 4.1.1. Svi centri za lečenje učesnika, nikada ranije lečeni, prethodno lečeni prema vrsti centra za lečenje (broj predmeta – ukupna referentna tabela)
- 4.1.2. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.2. Primarne droge po vrsti centra za lečenje

- 4.2.1. Primarne droge prema vrsti centra za lečenje – svi oni koji su ušli u proces lečenja
- 4.2.2. Primarne droge po vrsti centra za lečenje – oni koji nikada ranije nisu lečeni
- 4.2.3. Primarni droge po vrsti centra za lečenje - prethodno lečeni
- 4.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.3. Primarne droge po polu

- 4.3.1. Primarne droge po polu - svi oni koji su ušli u proces lečenja
- 4.3.2. Primarne droge po polu - oni koji nikada ranije nisu lečeni
- 4.3.3. Primarne droge po polu - prethodno lečeni
- 4.3.4. Označava uzrasta na početku lečenja, kada je prvi put korišćena droga i odložen tretman po primarnim drogama i polu - sva lečenja
- 4.3.5. Informacije o starosnoj strukturi po primarnim drogama i starosti na ulasku u proces lečenja i starost prilikom prve upotrebe - sva lečenja
- 4.3.6. Označava uzrasta na početku lečenja, kada je prvi put korišćena droga i odložen tretman po primarnim drogama i polu – oni koji nisu ranije lečeni

Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

4.3.7. Informacije o starosnoj strukturi po primarnim drogama i starosti na ulasku u proces lečenja i starost prilikom prve upotrebe droge - oni koji nisu ranije lečeni

4.3.8. Označava uzrasta na početku lečenja, kada je prvi put korišćena droga i odložen tretman po primarnim drogama i polu - prethodno lečeni

4.3.9. Informacije o starosnoj strukturi po primarnim drogama i starosti na ulasku u proces lečenja i starost prilikom prve upotrebe droge - prethodno lečeni

4.3.10. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.4. Primarne droge prema starosti

4.4.1. Primarne droge prema starosti – svi koji učestvuju u lečenju

4.4.2. Primarne droge prema starosti - oni koji nisu ranije lečeni

4.4.3. Primarne droge prema starosti - prethodno su lečeni

4.4.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.5. Primarne droge prema izvoru upućivanja

4.5.1. Primarne droge prema izvoru upućivanja – svi koji učestvuju u lečenju

4.5.2. Primarne droge prema izvoru upućivanja - oni koji nisu ranije lečeni

4.5.3. Primarne droge prema izvoru upućivanja - prethodno lečeni

4.5.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.6. Primarne droge po životnom statusu (sa kim žive)

4.6.1. Primarne droge po životnom statusu (sa kim žive) – svi koji učestvuju u lečenju

4.6.2. Primarne droge po životnom statusu (sa kim žive) - oni koji nisu ranije lečeni

4.6.3. Primarne droge po životnom statusu (sa kim žive) – prethodno lečeni

4.7. Primarne droge po životnom statusu (sa decom)

4.7.1. Primarne droge po životnom statusu (sa decom) - sva lečenja

4.7.2. Primarne droge po životnom statusu (sa decom) - oni koji nisu ranije lečeni

4.7.3. Primarne droge po životnom statusu (sa decom) - prethodno lečeni

4.7.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.8. Primarne droge po životnom statusu (gde žive)

4.8.1. Primarne droge po životnom statusu (gde žive) - svi koji učestvuju u lečenju

4.8.2. Primarne droge po životnom statusu (gde žive) - oni koji nisu ranije lečeni

4.8.3. Primarne droge po životnom statusu (gde žive) - prethodno lečeni

4.8.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

4.9. Primarne droge po obrazovnom nivou

- 4.9.1. Primarne droge po obrazovnom nivou - svi koji učestvuju u lečenju
- 4.9.2. Primarne droge po obrazovnom nivou - oni koji nisu ranije lečeni
- 4.9.3. Primarne droge po obrazovnom nivou - prethodno lečeni
- 4.9.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

4.10. Primarne droge po radnom statusu

- 4.10.1. Primarne droge po radnom statusu - svi koji učestvuju u lečenju
- 4.10.2. Primarne droge po radnom statusu - oni koji nisu ranije lečeni
- 4.10.3. Primarna droge od radnog statusa - prethodno lečeni
- 4.10.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5. Informacije o obrascima korišćenja droge

5.1. Primarne droge po smeru administracije

- 5.1.1. Primarne droge po smeru administracije – svi koji učestvuju u lečenju
- 5.1.2. Primarne droge po smeru administracije - oni koji nisu ranije lečeni
- 5.1.3. Primarne droge po smeru administracije - prethodno lečeni
- 5.1.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.2. Primarne droge po učestalosti korišćenja

- 5.2.1. Primarne droge po učestalosti korišćenja – svi koji učestvuju u lečenju
- 5.2.2. Primarne droge po učestalosti korišćenja - oni koji nisu ranije lečeni
- 5.2.3. Primarne droge po učestalosti korišćenja - prethodno lečeni
- 5.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.3. Primarne droge prema starosti pri prvoj upotrebi

- 5.3.1. Primarne droge prema starosti pri prvoj upotrebi - svi koji učestvuju u lečenju
- 5.3.2. Primarne droge prema starosti pri prvoj upotrebi - oni koji nisu ranije lečeni
- 5.3.3. Primarne droge prema starosti pri prvoj upotrebi - prethodno lečeni
- 5.3.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.4. Primarna droge po godinama od prve upotrebe

- 5.4.1. Primarna droge po godinama od prve upotrebe - sve koji učestvuju u lečenju
- 5.4.2. Primarna droge po godinama od prve upotrebe - oni koji nisu ranije lečeni
- 5.4.3. Primarna droge po godinama od prve upotrebe - prethodno lečeni
- 5.4.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.5. Droge po načinu injektiranja

5.5.1. Droge po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) – svi koji učestvuju u lečenju

5.5.2. Droge po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) - oni koji nisu ranije lečeni

5.5.3. Droge po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) - prethodno lečeni

5.5.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.6. Upotreba više vrsta droga

5.6.1. Postojeći problemi sa upotrebom više vrsta droga po statusu lečenja

5.6.2. Obrasci korišćenja više vrsta droga (standardne kombinacije) po statusu lečenja

5.6.3. Metodološki komentari i interpretacija podataka

5.7. Primarne droge po drugim (sekundarnim) drogama

5.7.1. Primarni opijati (ukupno) klijenata po drugim (sekundarnim) drogama – svi koji učestvuju u procesu lečenja

5.7.2. Primarni kokain (ukupno) klijenata po drugim (sekundarnim) drogama – svi koji učestvuju u procesu lečenja

5.7.3. Primarni stimulansi (osim kokain) klijenata po drugim (sekundarnim) drogama – svi koji učestvuju u procesu lečenja

5.7.4. Primarni kanabis (ukupno) klijenata po drugim (sekundarnim) drogama – svi koji učestvuju u procesu lečenja

5.7.5. Druge primarne droge klijenata po drugim (sekundarnim) drogama- svi koji učestvuju u procesu lečenja

5.7.6. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6. Informacije o zdravstvenim posledicama

6.1. Testiranje na HIV po načinu injektiranja

6.1.1. Testiranje na HIV po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) – svi koji učestvuju u lečenju

6.1.2. Testiranje na HIV po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) - oni koji nisu ranije lečeni

6.1.3. Testiranje na HIV po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) - prethodno lečeni

6.1.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.2. HCV testiranje po načinu injektiranja

6.2.1. HCV testiranje po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) – svi koji učestvuju u procesu lečenja

6.2.2. HCV testiranje po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) - oni koji nisu ranije lečeni

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

6.2.3. HCV testiranje po načinu injektiranja (bilo koja droga, bez obzira da li primarna ili sekundarna) - prethodno lečeni

6.2.4. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.3. Deljenje igle/šprica po statusu lečenja

6.3.1. Deljenje igle/šprica po statusu lečenja

6.3.2. Metodološki komentari i interpretacija podataka

6.4. Primarne droge po godinama od prvog injektiranja

6.4.1. Primarne droge po godinama od prvog injektiranja – svi koji učestvuju u procesu lečenja

6.4.2. Primarne droge po godinama od prvog injektiranja - oni koji nisu ranije lečeni

6.4.3. Primarna droga po godinama od prvog injektiranja - prethodno lečeni

6.4.4. Metodološki komentare i interpretacija podataka

6.5. Klijenti koji dobijaju OST

6.5.1. Broj klijenata koji prima OST po OST statusu

6.5.2. Broj klijenata koji prima OST po primarnim drogama i godinama od prvog OST

6.5.3. Metodološki komentari i interpretacija podataka

7. Dodatak

7.1 Zbirna tabela poređenja: stara i nova specifikacija

Stare stavke	Novе stavke
Tipovi centara za lečenje	Podaci izveštavanja se više ne fokusiraju na tipove centara za lečenje.
Mesec u kom je počelo lečenje	<u>Izbačeno na EMCDDA nivou.</u>
Godina lečenja	Nepromenjeno.
Da li je ikada pre lečen	<u>Za više od jedne epizode PRVA epizoda lečenja treba da bude evidentirana.</u>
Izvor upućivanja	Minorne modifikacije u kategorijama.
Pol	Nepromenjeno (promena u formulaciji).
Godine	Nepromenjeno (promena u formulaciji).
Godina rođenja	<u>Izbačeno na EMCDDA nivou.</u>
Životni status (sa kim živi)	Pojašnjenje kategorija da bi se izbeglo preklapanje.
Životni status (gde žive)	Pojašnjenje i male promene u jednoj od kategorija.
Nacionalnost	<u>Izbačeno na EMCDDA nivou.</u>
Radni status	Usklađivanje sa Eurostat-ovom klasifikacijom.
Najviši nivo dostignutog obrazovanja	Nepromenjeno; mnogo detaljnije reference u MSKO klasifikaciji.
Primarne droge	Nepromenjeno, sa dodatkom nekoliko supstanci relevantnih za korisnika droga u trenutnoj situaciji.
Već primljeni supstitutivni tretman	Nepromenjeno, ali pojednostavljeno.
Uobičajen administrativni smer	Nepromenjeno.
Učestalost korišćenja (primarne droge)	Pojašnjenje nekih kategorija.
Godina prva upotrebe primarne droge	Nepromenjeno.
Da li su ikada/trenutno (poslednjih 30 dana) injektirali drogu	Specifikacija nekih kategorija.
Droge (=sekundarne) droge koje se trenutno koriste	Nepromenjeno, sa dodatkom nekoliko supstanci relevantnih za korisnika droga u trenutnoj situaciji.
--	Životni status: imaju li dece.
--	Godine prilikom prvog injektiranja.
--	Upotreba više vrsta droga.
--	Godine prvog OST-a
--	HIV testiranje.
--	HCV testiranje.
--	Deljenje igle/šprica.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

7.2 Modul o rasprostranjenosti lečenja

Ovaj modul je odvojen od rutinskog PPL prikupljanja podataka i nema praktične implikacije na PPL upis pri početku lečenja. Modul koji je zapravo nastavak rada započetog 2006. godine i predstavlja „rad u toku“, te će biti dalje razvijan tokom 2011. i 2012, u kontekstu strategije EMCDDA za prikupljanje i analizu podataka, a treba da se završi do kraja 2012.

Koncept

Pored podataka o ljudima koji ulaze (ili ponovno ulaze) u proces lečenja, podaci o rasprostranjenosti lečenja će takođe uključiti klijente koji su bili na lečenju tokom godine, ali koje nisu generisani u okviru PPL lečenja jer su kontinuirano primali tretman tokom prethodne godine ili ranije. To će biti slučaj u A, B, C i D u dijagramu.

Svrhe

Informacije modula o tretmanu rasprostranjenosti imaju dve svrhe.

(1) za poboljšanje slike stanovništva sa problemima sa drogom, čak i ako se mogu smatrati kao stabilizovani u lečenju. Ovi klijenti mogu biti koncipirani na drugačiji način i sa različitim političkim implikacijama, od korisnika problema sa drogama koji nisu stabilizovani u lečenju, ali je ipak važno da se proceni njihov broj i osnovne karakteristike. Pogledajte „Dodatni izazov za PPL indikator“.

(2) Da pomogne u proceni „ukupnog broja ljudi u kontaktu sa službama za lečenje“. U nekim zemljama modul o „rasprostranjenosti lečenja“ može biti dobra aproksimacija tog ukupnog broja, dok u drugim zemljama to će biti relevantna komponenta, ali će biti dopunjena drugim metodama. Procena ukupnog broja ljudi u kontaktu sa uslugom lečenja se može koristiti za procenu „pokrivenosti lečenja“ (udeo svih korisnika koji imaju problem sa drogom, a koji primaju lečenje).

Opšti pristup

U nekim zemljama, biće moguće dobiti informacije o „rasprostranjenosti lečenja“ bez dodatnog prikupljanja podataka, jer oni imaju elektronske sisteme sa centralnom bazom podataka koji omogućava uvid u situaciju klijenata kao što je „lečenje u toku/ne leči se“. U drugim zemljama može biti izvodljivo sprovođenje periodičnog prikupljanja podataka, dok se konačno u drugim zemljama ovo prikupljanje podataka neće u principu biti moguće, bar ne u kratkom roku.

Prikupljanje podataka za modul o rasprostranjenosti lečenja će u početku biti na dobrovoljnoj osnovi i samo za one zemlje u kojima je moguće dobiti informacije iz postojeće baze podataka bez dodatnog prikupljanja podataka. Prema informacijama dostupnim u vreme revizije PPL protokola, 17 zemalja EU ima nacionalne baze podataka, a neke druge zemlje imaju regionalne baze podataka. Moguće je da sve od njih nisu u stanju da automatski izračunaju pokazatelje „rasprostranjenosti lečenja“, ali u skladu sa poslom obavljenim posle 2006, može se očekivati da je razuman broj zemalja u mogućnosti da da ostavi podatke, omogućavajući približno istu ukupnu situaciju u Evropi (EMCDDA, 2010.).

Planirano je da će podaci o rasprostranjenosti lečenja biti dostavljani od strane zemalja u EMCDDA svake tri godine i na šablonu za izveštavanje.

7.2.1 Specifične odredbe za modul rasprostranjenosti lečenja

Sve definicije za PPL indikator se odnose na ovaj modul, osim ako nije drugačije navedeno.

Status klijenta u vezi sa njegovom/njenom situacijom lečenja za „modul rasprostranjenosti lečenja“

1. Klijent nikada ranije lečen =

Klijent koji je počeo lečenje, zbog problema sa drogom, tokom izveštajne godine po prvi put u toku svog života.

2. Klijent koji je lečen pre godine izveštavanja =

Klijent koji je počeo lečenje zbog problema sa drogom u toku izveštajne godine, ali je imao drugu epizodu lečenja u prethodnim godinama (jednu ili više), koji se završila pre epizode lečenje u toku započete izveštajne godine.

3. Klijenti na stalnom lečenju =

Klijent koji je počeo lečenje u godini koja prethodi godini izveštavanja ili ranije i još uvek je u ečenju tokom izveštajne godine.

4. Klijenti sa nepoznatim statusom =

Klijent čiji je status lečenja nije poznat, jer ne postoji centralni registar ili zato što se klijent ne seća, ili iz bilo kog drugog razloga.

Kriterijumi za uključivanje

- Svi klijenti ulaze u proces lečenja u toku izveštajne godine
- Klijenti čije se lečenje tokom izveštajne godine nastavlja iz prethodne godine ili ranije i koji ne počinju novi tretman u toku izveštajne godine, što se prijavljuje PPL (da bi se izbeglo dvostruko brojanje).

Kriterijumi za isključivanje

- Klijenti koji su završili tretman do 31. decembra u godini pre izveštajne godine, a nisu ponovo ulazili u proces lečenja, te nisu obuhvaćeni izveštajem.
- Klijenti koji su odustali od lečenja najmanje šest meseci pre 31. decembra u godini pre izveštajne godine

Lečenje se smatra završenim u dva slučaja:

- Kada je lečenje formalno prestalo i kraj lečenja je registrovan u klijentovom dosijeu.
- Kada nema kontakta sa klijentom koji je registrovan u poslednjih šest meseci: svi klijent koji su imali poslednji kontakt sa lečenjem 30. juna u godini pre izveštajne godine ili pre ne treba da budu uključeni u prikupljanje podataka.

Kraj lečenja

Videti definiciju kraja lečenja u glavnom delu PPL protokola verzija 3.0.

7.2.2 Specifikacija

Kao što je definisano u smernicama za pilot projekat prikupljanje podataka u 2008, postoje dve grupe promenljivih:

(a) Obavezne promenljive, one prate ista pravila i metodološke specifikacije kao što je predloženo u opštem PPL protokolu verzija 3.0:

- Broj klijenata koji koriste drogu
- Starost
- Pol
- Primarna droga

(b) Dobrovoljne promenljive su sve ostale varijable uključene u rutinu PPL prikupljanja podataka i takođe mogu biti uključene prikupljene prevalencu lečenja, koristeći šablone za prikupljanje podataka o prevalenci lečenja.

Nacrt za konsultacije – Pokazatelj potrebe za lečenjem (PPL) standardni protokol 3.0

7.2.3 Metodologija za prikupljanje podataka

Postoje dva moguća metoda koja se koriste za prikupljanje podataka o ljudima koji borave na lečenju tokom izveštajne godine. Ova dva metoda su kao što sledi:

(a) Rutinsko prikupljeni podaci, za sve klijente na lečenju od 1. januara do 31. decembra izveštajne godine. Obično se obavlja automatski na osnovu određenog statističkog upit sprovedenog na centralnom/regionalnom kompjuterizovanom registru)

(b) Popis klijenta za koje se utvrdi da su na lečenju na dan 1. januara (ili neki drugi dan sa neophodnim prilagođavanjem) izveštajne godine + svi klijenti koji su započeli lečenje tokom izveštajne godine. Ovaj metod može biti sproveden kroz specifično prikupljanja podataka ili je takođe automatizovan na osnovu odgovarajućeg statističkog upita u centralnom/regionalnom registru.

Može da se koristi bilo jedan (a) ili drugi (b) metod. Izabrani metod za prikupljanje podataka treba da bude jasno naznačen u odeljku o metodologiji. Očekuje se da bi zemlje ili regioni sa kompjuterizovanim registrima, koje mogu da odrede status lečenja (lečenje u toku/ne leči) klijenata tokom vremena, mogli da koriste obe metodologije primenom odgovarajućih algoritama u njihovim bazama podataka.

U metodološkom delu o informacijama prijavljenim po zemljama iz ovog modula, takođe bi trebalo da bude naznačeno da li su izvori podataka jednaki onima koji se koriste za rutinsko EMCDDA/PPL prikupljanje podataka, kao i jasne reference u tabelama prilikom prijavljivanja EMCDDA.

Duplo računanje treba izbegavati: ukoliko se klijent pojavljuje dva ili više puta, prvi epizoda lečenja bi trebalo da bude registrovana.

U slučaju klijenta sa tekućim lečenjem i lečenjem u istoj izveštajnoj godini, ali nakon lečenja koje se završilo ili je prošlo šest meseci od poslednjeg kontakta sa lečenjem, prioritet uvek treba dati epizodi lečenja koja se sprovodi prilikom prvog ulaska. Ovi podaci treba da se prijave u rutinskom PPL prikupljanju podataka.

Referentni period je isti kao i za rutinski PPL Protokol: 30 dana pre ulaska u proces lečenja.

Jedini izuzetak je dob gde je referentni period kao što je navedeno ispod:

1. za klijente koji ulaze u lečenje se odnosi na 30 dana pre ulaska;
2. za klijente na kontinuiranom lečenju.

- Ako se koristi metod A, referentni period za izračunavanje starosti klijenta je 30. juna izveštajne godine (ili datum najbliži 30. junu za koji postoji registracija), a ako ovaj proračun nije moguć, referentni period treba da bude poslednja klijentova registracija. Datum koji se koristi za obračun uzrasta treba da bude jasno naznačen u metodološkom delu.

- Ako je metod koji se koristi je B, referentni period je 1. januar izveštajne godine.